



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Tema: Cumplimiento de las Normas y Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, en las usuarias atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, Diciembre 2015 – Mayo 2016.

Autora: Yamberla Pineda Janeth Isabel

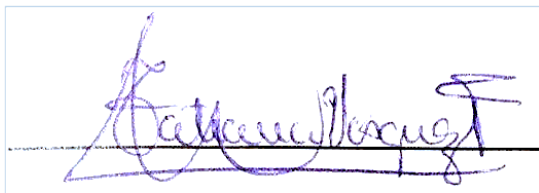
Directora de tesis: Msc. Vásquez Figueroa Tatiana Isabel

Ibarra, Febrero de 2017

APROBACIÓN DE DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO, EN LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, DICIEMBRE 2015 – MAYO 2016.**”, de autoría de Yamberla Pineda Janeth Isabel, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 20 días del mes de Febrero del 2017



Mgs. Tatiana Vásquez Figueroa

C.C.: 1002120432

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	100364767-2
Apellidos y nombres:	Yamberla Pineda Janeth Isabel
Dirección:	Pinsaqui
Email:	janeth_bela@hotmail.com
Teléfono fijo:	062 947- 116
Teléfono móvil:	0985247716

DATOS DE LA OBRA	
Título:	Cumplimiento de las Normas y Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, en las usuarias atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, Diciembre 2015 – Mayo 2016.

Autor:	Yamberla Pineda Janeth Isabel
Fecha:	20 de febrero del 2017
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciatura en Enfermería
Directora:	Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa.

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

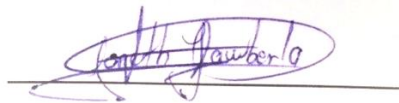
Yo, **Yamberla Pineda Janeth Isabel**, con cédula de ciudadanía Nro. **100364767-2**; en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 20 días del mes de Febrero de 2017

AUTORA:



Janeth Isabel Yamberla Pineda

AUTORA C.I.: 1003647672



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE LA AUTORA DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Janeth Isabel Yamberla Pineda**, con cédula de ciudadanía Nro. **100364767-2**; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominada **“Cumplimiento de las Normas y Protocolo de Atención Del Parto Culturalmente Adecuado, en las usuarias atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, Diciembre 2015 – Mayo 2016”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 20 días del mes de Febrero de 2017

Janeth Isabel Yamberla Pineda

C.I.: 100364767-2

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 20 de Febrero de 2017

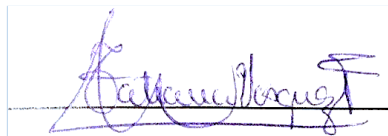
YAMBERLA PINEDA JANETH ISABEL “Cumplimiento de las Normas y Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, en las usuarias atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, Diciembre 2015 – Mayo 2016.”.

TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 20 de Febrero de 2017. 113 pp. 27 anexos.

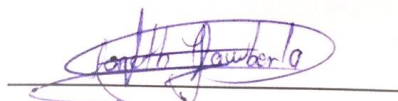
DIRECTORA: Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa.

El principal objetivo de la presente investigación fue, evaluar el cumplimiento de las Normas y Protocolos de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, en las usuarias atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo. Entre los objetivos específicos se encuentran: Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio, determinar el nivel de conocimiento de la norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado en los profesionales que atienden en el Hospital San Luis de Otavalo, verificar el cumplimiento de la norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado según estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública, elaborar un plan de intervenciones para el personal de salud del servicio de Centro Obstétrico del HSLO según los resultados de la investigación.

Fecha: Ibarra, Febrero 2017



Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa.
Directora de Tesis



Janeth Isabel Yamberla Pineda
Autora

DEDICATORIA

A Dios ser maravilloso que me dio la fuerza y la fe para culminar esta meta, por ser ejemplo de amor incondicional en este mundo, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres Luis y Anita, por haberme apoyado en todo momento, por sus sabios consejos, sus valores, por sus ejemplos de superación, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por estar a mi lado en los momentos difíciles, pero más que nada, por su amor.

A mí adorado esposo John quien me ha acompañado en todos momentos, con su comprensión, su paciencia, su amor y su apoyo incondicional y a mi hijita Kaitlyn luz de mi vida, la bendición más maravillosa, la fuerza y el motor que me obliga a funcionar y ser cada día mejor.

No bastan las palabras para agradecerles todo lo que han hecho por mí, por estar a mi lado en los momentos buenos y malos, en mi proceso de formación humana y profesional. Espero no defraudarlos nunca, seguir contando con todo su apoyo y sobre todo ***GRACIAS POR SER MIS PADRES, MI ESPOSO E HIJA.***

Con amor *Janeth Isabel Yamberla Pineda*

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica del Norte, por permitirme alcanzar mi meta profesional, a todos mis profesores, quienes tuvieron la predisposición de transmitirme sus valiosos conocimientos con generosidad, paciencia, esmero y dedicación y de manera especial a mi Directora de Tesis Msc. Tatiana Vásquez, quien con sus conocimientos, experiencia y motivación, ayudó a consolidar este trabajo, por su dedicación y apoyo; a los directivos del Hospital San Luis de Otavalo, en especial al área de Parto Vertical y todo su personal, que desinteresadamente contribuyeron para la realización de esta investigación; a las familias de las comunidades del cantón Otavalo, razón de esta investigación; a todos ellos una vez más expreso mi más sincero agradecimiento.

A mi familia por el cariño y la confianza que me han brindado en todo momento, pero sobre todo por estar, cada uno a su manera, respaldándome para alcanzar mis objetivos.

A mis queridos amigos, con quienes compartí muchos momentos ya sean buenos o malos, gracias por hacer más agradable mi vida universitaria.

Janeth Isabel Yamberla Pineda

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DE DIRECTORA DE TESIS.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE LA AUTORA DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	vi
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	vii
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO.....	ix
ÍNDICE GENERAL.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xiv
TEMA:	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de Investigación	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del Problema.....	4
1.3 Justificación	5
1.4 Objetivos.....	7
1.5 Preguntas de Investigación	8
CAPÍTULO II	9
2. Marco Teórico.....	9
2.1 Marco Referencial.....	9
2.2 Marco Contextual	12
2.3 Marco Conceptual.....	17
2.4 Marco Legal y Ético	39
CAPÍTULO III.....	45
3. Metodología de la Investigación	45
3.1 Diseño de la Investigación	45
3.2 Tipo de Investigación.....	45

3.3 Localización y Ubicación del Estudio	46
3.4 Población	46
3.5 Operacionalización de las Variables.....	46
3.6 Métodos y Técnicas para la Recolección de la Información	53
3.7 Análisis de datos	53
CAPÍTULO IV	54
1. Resultado de la Investigación.....	54
4.1 Datos sociodemográficos.....	54
4.2 Nivel de conocimiento de la norma y protocolo de atención del PCA del personal de salud que atiende en el hospital San Luis de Otavalo.	58
4.3 Cumplimiento de la norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado por los profesionales	59
CAPÍTULO V	63
4. Conclusiones y Recomendaciones	63
5.1 Conclusiones.....	63
5.2 Recomendaciones	64
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	72
Anexo 1 Encuesta	72
Anexo 2 Checklitz	74
Anexo 3 Portada de la Guía Educativa para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado.....	80
Anexo 4 Protocolo de atención del parto culturalmente adecuado.	81
Anexo 5 Fotografías	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Etnia y Estado Civil	54
Gráfico 2. Edad y Nivel de Instrucción.....	56
Gráfico 3. Número de Embarazos	57
Gráfico 4. Nivel de conocimiento	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla. 1 Labor de Parto	59
Tabla 2 Labor de Parto: Expulsivo.....	60
Tabla 3 Labor de Parto: alumbramiento.....	61

RESUMEN

Tema: Cumplimiento de las Normas y Protocolo de Atención Del Parto Culturalmente Adecuado, en las usuarias atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, Diciembre 2015 – Mayo 2016.

Yamberla Pineda Janeth Isabel

janeth_bela@hotmail.com

El parto culturalmente adecuado está entre los programas de interculturalidad en la prestación de los servicios de salud, para incorporarlo en los procesos de atención ciudadana como un importante reconocimiento, revalorización y recuperación de los valores culturales. El objetivo principal de esta investigación fue evaluar el cumplimiento de la Norma y Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, en las usuarias atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo. La metodología fue cuali-cuantitativa y no experimental, de tipo observacional, descriptiva y de corte transversal, en la cual, se incluyeron previo consentimiento informado, a 87 parturientas que acudieron al Hospital San Luis de Otavalo para ser atendidas en el parto culturalmente adecuado. Se aplicó una encuesta como instrumento de investigación, la información obtenida fue ingresada en una base de datos en Microsoft Excel y tabulados. Como resultados se mencionan que el grupo de estudio fue netamente femenino, la edad media es de 20 a 35 años con un 72%; el 75% tiene como estado civil casado, nivel de instrucción bajo registrándose un 18% de analfabetismo y el 21% que ha culminado la primaria, el 72 % se autoidentificaron con indígenas de la nacionalidad Kichwa. El 49% de las parturientas eligieron dar luz en posición de rodillas, el 99% de las pacientes fueron atendidas en compañía de sus esposos o familiares. Se concluyó que el 100% del personal de salud conoce el protocolo de atención del parto de una manera excepcional, pero su atención se reduce al 80% misma que es calificada como muy buena.

Palabras clave: Normas y protocolo, parteras tradicionales, parto tradicional, parto institucional.

SUMMARY

fulfillment of standards and protocols for the patient care in the culturally appropriate birth by the health staff in the “San Luis de Otavalo” hospital, December 2015 - May 2016.

Yamberla Pineda Janeth Isabel

janeth_bela@hotmail.com

The culturally appropriate birth is in the inter-cultural program for the provision of health services to be incorporated in the processes of medical attention, as an important recognition, reassessment and revival of the cultural values. The main objective of this research was to evaluate the fulfillment of standards and protocols for the patient care in the culturally appropriate birth by the health staff in the “San Luis de Otavalo” hospital. The used methodology was quality-quantitative and non-experimental, observational, descriptive, cross-sectional, where it was gotten from 87 parturient women with their prior authorization, who were atended with the culturally appropriate birth. A survey was applied as a research tool, which obtained information was entered and tabulated in a Microsoft Excel database. The first results showed that the study group was specifically female, their age was between 20 and 35 years old, it was 72%, 75% of them were married, their level of education is low, there is 18% of literacy and 21% have completed their primary education, 72% self-identified as Kichwa indigenous, 49% of them chose kneeling position for the birth of their babies, 99% were accompanied by their husbands or relatives. Finally, it was concluded that 100% of the health staff have a wide knowledge about the protocols of attendance of birth, it is represented by 80% and it is rated as very good.

Keywords: Norms and protocol, traditional birth midwives, traditional birth, institutional birth.



TEMA:

Cumplimiento de las Normas y Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, en las usuarias atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, diciembre 2015 – mayo 2016.

CAPÍTULO I

1. Problema de Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

Medio millón de madres mueren cada año en el mundo durante el periodo de maternidad o en el parto. La mayoría, por la falta de atención médica o por condiciones de higiene pésimas. Es por ello que en todo el mundo la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de la mujer. Por esta razón alrededor del existen innumerables conocimientos, costumbres, ritos y prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento (1).

Desde la década de los 60, el parto vertical se extendió desde las comunidades indígenas de Argentina, Perú, Guatemala, Colombia, Bolivia y Ecuador, entre muchas otras, a las culturas occidentales y la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene difundiendo y propugnando desde 1996 el parto vertical con el afán de brindarle a la mujer el rol de participar activamente durante su parto y proporcionarle el entorno familiar y emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño (2), e invita a los países, a crear políticas sobre seguridad, eficacia, calidad, acceso y uso del mismo. De igual manera hay estudios que señalan la importancia de informar sobre este tipo de parto a las diferentes instituciones de salud.

Es así que a nivel de Europa el uso del parto vertical es una nueva experiencia, el mismo ha dejado de ser de uso empírico en las comunidades rurales, se ha invertido esfuerzo tanto económicos como intelectual para publicar guías y manuales de este tipo de parto, donde se explica las características de la atención, sus beneficios con respaldo científico (3).

En Latinoamérica, varios países han dado pasos muy significativos e importantes para disminuir la mortalidad materna, como es el caso de Uruguay, que en el período 1990-2013 consiguió reducirla en un 67%; Perú, en un 64% y Ecuador en un 44%. Por esta razón en cuanto a Latinoamérica en las comunidades de México específicamente en la región Oaxaca y Tenejapa existen muchas clínicas privadas e instituciones públicas que ponen en práctica el parto vertical, el primer parto se realizó en junio del 2011 en una clínica, hoy en día tienen una demanda de 500 a 600 partos verticales anualmente, son los resultados obtenidos por difundir este tipo de parto, dar a conocer las características de su atención, los beneficios y virtudes, lo cual ha motivado que más mujeres pidan el servicio (4).

En Perú la mayoría de las mujeres embarazadas andinas y amazónicas no acuden a los centros de salud para dar a luz por mero pudor, porque se les impone tumbarse en la mesa ginecológica y también porque ven aniquilada la posibilidad de ritualizar el parto, es por ello que prefieren la posición vertical ya sea en cuclillas, arrodilladas o sentada, lo que ha obligado a las autoridades sanitarias a iniciar procesos de capacitación a médicos y enfermeras para la atención con adecuación intercultural en las zonas rurales (5).

Es así que, el parto vertical es una práctica que está siendo usada en varias partes del mundo con importante acogida, es por esta razón que en los últimos años la medicina occidental ha sido objeto de creciente escrutinio, más aún en el modelo médico de atención del parto por vía vaginal, debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de tecnologías médicas que además de ser incómodas para la mujer, especialmente para mujeres de la etnia indígena, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido. Además las mujeres y sus familiares también están en el derecho de elegir la posición, y el lugar donde se ejecutará el nacimiento del nuevo ser, respetando su cultura y cosmovisión, y por esta razón muchas mujeres pueden desear un parto domiciliario con una partera, un familiar o alguna persona calificada que sea de su confianza (6).

En el Ecuador, existe un importante progreso en la reducción de la mortalidad materna en los últimos años, sin embargo, su valor es aún elevado principalmente en las mujeres indígena, afro ecuatoriana y de sectores rurales lo que obliga a reorientar las estrategias y los recursos. Con enfoque en el cumplimiento de los objetivos del milenio, principalmente el objetivo 5 que enuncia “Mejorar la Salud Materna”; sabiendo que en el año 2013 la principal causa de mortalidad materna recae sobre las causas obstétricas directas con un total de 121 defunciones, alcanzando un porcentaje total de 76,58% y una razón de mortalidad de 35,69. Las causas obstétricas indirectas con 28 defunciones es la segunda causa de muerte materna, alcanzando un porcentaje total de 17,72% y una razón de mortalidad de 8,26 (7).

La actual Constitución del Ecuador reconoce a nuestro país como multiétnico, plurinacional e intercultural, lo que permite aceptar e impulsar la práctica y desarrollo de la medicina tradicional existente en el Ecuador, gracias a la implementación de la Estrategia del Parto Culturalmente Adecuado (PCA) se ha podido controlar y vigilar todo el proceso del parto tradicional manejado por parteras organizadas, siendo ahí donde se observa qué rituales siguen y cuáles son sus costumbres (8).

Es importante recalcar en Cayambe en el Hospital Raúl Maldonado Mejía donde comenzó el uso de la estrategia del parto culturalmente adecuado, las parteras de las comunidades han continuado realizando este tipo de parto y la institución de la salud cuenta con una excelente infraestructura, insumos y materias completos, temperatura adecuada, cumplen con la norma y protocolo de atención, entre otras cosas (9). También en las comunidades de Otavalo se realiza el parto vertical, por esta razón el Hospital San Luis de Otavalo implemento el modelo del parto cultural en abril 2008 lo que llama la atención al interior del país ya que fue en el primer Hospital en la implementación de este modelo a nivel Nacional y dentro de la provincia de Imbabura; este modelo de atención está disponible a toda mujer que se encuentra en la labor de parto sin distinción de edad, raza, etnia, en la que se describe acerca de una atención de calidad y calidez en la que el personal de salud capacitado acerca del parto culturalmente adecuado, educará a la paciente en la labor sobre las posiciones de parto

(horizontal, vertical, sentada, arrodillada) y el acompañamiento de un familiar cercano (madre, esposo, hermana, etc.) en la que la paciente tendrá el derecho a tomar la decisión voluntaria e inclinarse por cualquiera de esas formas de parto (2). José Terán, director del HSLO, dijo que se planificó un nuevo plan de trabajo, pues seguirán con la enseñanza del idioma Kichwa al personal de salud, documentarán el proceso y, lo más importante, socializarán en las comunidades el parto vertical, para que se amplíe a toda el área de salud del cantón.

También existen datos desagregados que muestran que más del 40% de las mujeres en provincias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi, Esmeraldas e Imbabura y alrededor del 30% de las mujeres de toda la región Amazónica, dieron a luz en su casa (10). Debido a esto las parteras también se han organizado voluntariamente y han formado asociaciones como Pakarichi Warmicuna, en donde las parteras se apoyan para brindar una atención tradicional y sobre todo no hay limitaciones para atender el parto tradicional.

Por ello, la investigación contribuirá a consolidar las experiencias en salud intercultural dentro del modelo integral de salud, incorporando la medicina ancestral al sistema nacional de salud y sobre todo beneficiará a futuros usuarios que por sus características étnicas opten por este servicio en el marco de sus derechos. Además se lograría sensibilizar al personal sanitario y parteras tradicionales, para vencer las barreras de inequidad que aún persisten en los servicios de salud.

1.2 Formulación del Problema

¿Se cumple la Norma y Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, en las usuarias atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo?

1.3 Justificación

Las parteras tradicionales son responsables hoy en día del nacimiento de 450.000 niños por año en todo el mundo, lo que representa un 18%. El modelo de atención del parto culturalmente adecuado ha tenido durante el tiempo de permanencia ciertas dificultades en el cumplimiento de la norma y protocolo de atención, a nivel mundial, este programa no es muy conocido en los países de Latinoamérica, los países en donde se implementó las reformas constitucionales que incluye la diversidad de culturas son Ecuador, Colombia, Bolivia y Venezuela, por la cantidad de indígenas que poseen estos países y sus diferentes culturas.

En el Ecuador, el MSP está promocionando los procesos de salud intercultural, un ejemplo de esta iniciativa es la adaptación de los servicios obstétricos a las necesidades culturales de la población en zonas rurales, y la implementación de la normativa para la atención del parto culturalmente adecuado en el primer y segundo nivel de atención. El embarazo y el parto son procesos fisiológicos que en algunos casos puede complicarse, si no se cumple con las normas establecidas durante este periodo, la salud de la diada materno-neonatal se pueden ver amenazadas enfocándose la necesidad de disminuir estos riesgos.

Es por ello la necesidad de estudiar el cumplimiento de la normativa y protocolo de la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, establecido en 2008 por el Ministerio de Salud Pública, dado que un correcto cumplimiento requiere de ciertas condiciones, se procede a evaluar los recursos materiales, técnicos y humanos con los que cuenta el Hospital San Luis de Otavalo, las características de la atención que se brinda, en relación a los horarios, el cumplimiento de los derechos de las usuarias, el respeto a sus costumbres y prácticas tradicionales, los espacios para la consulta, el acompañamiento, entrega de placenta a familiares, las funciones y los objetivos de la consulta prenatal, así como las cifras de morbi-mortalidad que brinden una idea de los resultados de la atención durante el parto y en el puerperio inmediato.

La presente investigación beneficiará a toda la población del cantón Otavalo y a los profesionales de esta casa de Salud ya que van a brindar una mejor atención satisfaciendo las necesidades según sus costumbres o prácticas tradicionales. Las razones para investigar este tema fueron varias; una de las principales es el reconocimiento y valor de los saberes medicinales, interculturales que se originan en la experiencia y cosmovisión de los pueblos, romper las barreras y la ideología de las mujeres indígenas que no les permite asistir a una institución de Salud para su atención y la necesidad de introducir un enfoque de conocimientos, costumbres, prácticas en el cual las parteras y los profesionales de la salud deben de aplicar de un modo más correcto, los procedimientos de acuerdo a las necesidades de atención del parto, permitiendo satisfacer un mayor número de usuarios particularmente en zonas rurales que incluyen indígenas, campesinos, afro descendientes, donde las barreras socioculturales disminuyen los índices de morbilidad y mortalidad infantil.

Así también el personal de salud actualizará sus conocimientos en las diferentes prácticas de la población de estudio para no solo observar de lejos sino ser partícipes directos en la atención conjuntamente con las parteras y mujeres parturientas, y de esta manera potenciar esta actividad de forma más científica y segura sin su entidad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Evaluar el cumplimiento de la Norma y Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, en las usuarias atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo.

1.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento de la norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado en los profesionales que atienden en el Hospital San Luis de Otavalo.
- ✓ Verificar el cumplimiento de la norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado según estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.
- ✓ Elaborar un plan de intervenciones para el personal de salud del servicio de Centro Obstétrico del HSLO, según los resultados obtenidos en la investigación.

1.5 Preguntas de Investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado que posee el profesional de salud que atiende en el hospital San Luis de Otavalo?

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de la norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado, según estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública?

¿Cuál será el plan de intervenciones que se elaborara para el personal de salud del servicio de Centro Obstétrico según los resultados obtenidos en la investigación?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1 Marco Referencial

2.1.1 “Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis”

Realizado por Armando Medina y Julio Mayca (2006) cuyo objetivo fue que por la riqueza cultural de ese país, se debe considerar las diversas concepciones en torno al embarazo, parto y puerperio. Las costumbres y los procesos de embarazo, parto y puerperio, de la mujer Awajun (Aguaruna) o Wampis (Huambisa), en el contexto cultural de las comunidades indígenas y su metodología fue un estudio etnográfico descriptivo, cualitativo, realizado durante octubre de 2002 a abril de 2003, aplicándose 24 entrevistas a profundidad (a parteras, promotores de salud y usuarias), en las comunidades de Puerto Galilea y Chapiza, además de tres grupos focales.

Dichas entrevistas se analizaron en función de cinco aspectos, relacionados con señales, peligros, dietas y cuidados durante el embarazo, parto y puerperio, sus resultados fueron que los pobladores reconocen algunas señales de peligro en el embarazo, como el sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico. Los cuidados durante el embarazo se relacionan con las actividades diarias y la ingesta de alimentos (dietas). Existen algunos elementos que dificultan el parto y nacimiento, como el sentimiento de vergüenza para llamar al promotor. Logrado el parto, debe mantenerse los cuidados para la recuperación de la madre, y un adecuado desarrollo del recién nacido y su conclusión es que las concepciones y percepciones del embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas, norman el comportamiento de sus pobladores, repercutiendo esto en la salud materna e infantil. Es necesario comprender esta cultura y capacitar agentes de medicina tradicional, implementando estrategias en promoción

de la salud y atención de la gestante, fortaleciendo las capacidades institucionales e incrementando la cobertura (11).

2.1.2 Los conceptos del parto normal, natural y humanizado.

Mediante un estudio cualitativo realizado en una determinada área de salud de la región de Murcia se pretende determinar el nivel de conocimiento que tienen las comadronas y demás profesionales de la salud encargados de la atención directa del parto y como esto influye en su ámbito laboral. Los resultados arrojaron que ciertos profesionales tienen confusiones acerca de la diferencia entre parto normal, natural y humanizado, lo que dificulta que a la mujer se la atienda de una manera holística; en conclusión, sería preciso que los agentes de la salud sean capacitados constantemente para tener una definición clara de dichos términos y así brindar atención médica personalizada a cada mujer (12).

2.1.3 “Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto”

Observó las pautas de comportamiento en mujeres inmigradas durante el parto que puedan tener un origen cultural, y que puedan ser objeto de dificultad en la atención sanitaria, y su metodología fue Investigación cualitativa basada en la observación participante y veinte entrevistas semi-estructuradas a mujeres inmigradas, en sus resultados se han encontrado especificidades culturales en cuanto al sentido del pudor y la preferencia en la feminización de la asistencia obstétrica, en la percepción y actitud ante el dolor durante las contracciones, en las preferencias en el acompañamiento durante el parto, en su vivencia y percepción (postura durante el expulsivo, aceptación del parto medicalizado, etc.), así como en las pautas de interacción inmediata con el recién nacido y las conclusiones encontradas, no son generalizables al conjunto de mujeres de una misma procedencia geográfica, y que en ocasiones son origen de incompreensión por parte de los profesionales sanitarios, pueden ayudarnos a comprender que nuestro modelo de actuación no es el único, el mejor, ni el "natural",

permitiendo establecer una atención sanitaria sensible a las necesidades de cada mujer (13).

2.1.4 El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura

Desde tiempos antiguos la mujer ha sido quien ha participado activamente durante el proceso del parto, esto quiere decir que ella era la persona que elegía la posición en la cual va a dar a luz, con el desarrollo de la medicina occidental esta autonomía de la mujer fue desapareciendo, ya que en los hospitales para comodidad del equipo de salud el parto se realiza en posición horizontal, posición que va en contra de la naturaleza y la gravedad, en muchos estudios anteriores se ha encontrado que en hace varios años las mujeres preferían las posiciones verticales, lo cual facilitaba y acortaba el proceso del parto, sin embargo, se debe considerar que la mejor posición para el parto es aquella con la que la mujer se sienta más cómoda y segura, teniendo en cuenta que cada una de ellas tiene sus ventajas y desventajas (14).

2.1.5 Beneficios De La Posición Vertical Para La Atención Del Parto.

Identificaron los beneficios y/o riesgos fisiológicos de la atención del parto vertical en el Hospital Manuel Ascencio Villarroel de Punata en el período Septiembre 2009 a Enero 2010, la metodología utilizada fue una investigación analítica, retrospectiva y de corte longitudinal de múltiparas ingresadas, sus resultados incluyeron 25 pacientes atendidas en posición vertical y 73 en horizontal. La frecuencia de desgarro de primer grado fue de 20% en posición vertical y 26% en horizontal. En cuanto a los de segundo grado, un 4% se presentó en posición vertical y en 1.4% en horizontal. Se realizó episiotomía en un 26% de los partos atendidos en posición horizontal y en posición vertical, un 4%. Se encontraron complicaciones hemorrágico-infecciosas en 3 casos y su conclusión la atención brindada en Casa Materna durante la realización del presente estudio muestra beneficios de algunas posiciones verticales para la atención del parto. Además respeta la cultura y costumbres de las pacientes, brindándole la oportunidad de sentirse cómoda en la posición deseada por ella y sus familiares (15).

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Antecedentes Históricos del Hospital San Luis de Otavalo.

La ciudad de Otavalo, desde hace nueve décadas (22 de Mayo de 1953) cuenta con el “Hospital San Luis de Otavalo”: El cual surge después de varios procesos de intervención de benefactores entre los que se puede citar a Doña Antonia Estévez (1863), Sor Lucía Sornear (1924), Dr. Alberto María Ordoñez (1925), Don Leopoldo Chávez (1943) y el Presidente Galo Plaza Lasso y EL Dr. Fernando Pareja (1951). El Hospital San Luis de Otavalo, es un Hospital Básico que cuenta con los servicios de Consulta Externa, Emergencia e Internación y con las especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas Básicas de Medicina Interna, Medicina Familiar, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General y Odontología. Dispone de cuidados de Enfermería y Obstetricia, además de los siguientes servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico: Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Radiología e Imagen, Laboratorio de Análisis Clínico, Medicina Transfusional, Nutrición y Dietética, Farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado, con un stock de medicamentos autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional; y con el servicio de Rehabilitación Integral. Desarrolla acciones de promoción, prevención, rehabilitación, cuidados paliativos y recuperación de la salud. Además ejecuta acciones de docencia e investigación. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención y direcciona la contra referencia (16).

En la infraestructura hospitalaria para la atención con la ampliación para una capacidad para 83 camas. El crecimiento poblacional, migraciones internas, desarrollo económico, aplicación de políticas son factores que inciden para que el hospital crezca como unidad de mayor complejidad con la necesidad de ampliar las especialidades como traumatología. Las remodelaciones de áreas físicas, como la construcción de nuevos espacios para el mejoramiento de la calidad atención, se logró por el apoyo de instituciones públicas como privadas y con presupuesto propio ejemplos centro

materno infantil, casa del oxígeno, hospitalización ginecología, laboratorio clínico, rehabilitación, farmacia, bodega que no cumplen con la especificaciones técnicas, en el 2007 se estudió el nuevo sistema de red de agua potable (17).

2.2.2 Ubicación Geográfica y Características de Servicio (18).

El Hospital San Luis de Otavalo se encuentra localizado en las calles Sucre y Quito de la ciudad de Otavalo, cabecera cantonales del Cantón Otavalo Provincia de Imbabura en la zona 1 del Ecuador.

2.2.3 Objetivos del Hospital San Luis de Otavalo.

Objetivo General: *Proporcionar atención integral a los usuarios, familia y comunidad con participación de los demás miembros del equipo de salud, haciendo hincapié en la integración docente asistencial y en el proceso de enfermería.*

Objetivos Específicos

- ✓ *Brindar atención integral, integrada, con enfoque intercultural de acuerdo a la realidad local de los usuarios que asisten a esta casa de salud, con distintas patologías clínico -quirúrgicas en las áreas de Ginecología, Centro/obstétrico, Medicina Interna, Pediatría, Neonatología, Cirugía, Traumatología, Centro Quirúrgico y Enfermería.*
- ✓ *Desarrollar programas de educación en servicio en forma Participativa con el equipo de salud, dirigido a usuarios y grupos Organizados.*
- ✓ *Realizar estudios investigativos de acuerdo a la realidad y Necesidad local y plantear propuestas de cambio que permitan mejorar la calidad de atención de los servicios de salud.*

2.2.4 Implementación de Sala de Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo, Imbabura.

Para dar respuesta a las necesidades de la mujer especialmente la mujer indígena del área rural y disminuir la morbilidad materna, el Hospital San Luis de Otavalo inició un proceso de construcción de un modelo que mostrara la posibilidad de abrir nuevas miradas a la salud, interpelar los viejos paradigmas y generar diálogos entre los distintos enfoques y saberes. Es así como la institución coordina acciones e implementa el modelo a partir de los resultados de un diagnóstico de salud en el que se identificaron las brechas existentes y las causas por las que las mujeres no acuden al Hospital San Luis de Otavalo (18).

Este modelo tenía como objetivo conseguir la adaptación cultural y la incorporación de nuevas usuarias al servicio, para lo cual se unieron esfuerzos en torno a objetivos comunes y se establecieron alianzas con instituciones afines como la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, el Gobierno Municipal de Otavalo, Jambi Huasi y las parteras tradicionales del cantón Otavalo, y se buscó apoyo y financiamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (19).

La necesidad de implementar una política de salud intercultural que tuviera expresión concreta en la práctica local y contribuyera a generar modelos de salud reproductiva con enfoque intercultural fue el motivo que originó la realización de esta reflexión y sistematización de la experiencia del Hospital San Luis de Otavalo, desarrollada entre junio del 2007 y octubre del 2009.

El objetivo es que este trabajo contribuya a ese diálogo necesario en salud y, sobre todo, provoque un acercamiento real de los servicios de salud pública a la población, que genere nuevos y mayores compromisos para desarrollar estrategias de salud basadas en el conocimiento y respeto de la diversidad cultural, para beneficio de las mujeres indígenas, quienes de manera más evidente viven las consecuencias de la

exclusión de los servicios de salud pública, expresados en los indicadores de morbilidad y mortalidad materna (20).

2.2.5 Metodología de la implementación de Sala de Parto Culturalmente Adecuado en el HSLO.

Para la implementación del proyecto se planearon y ejecutaron cinco fases, todas las cuales implicaron alianzas estratégicas nacionales, provinciales y locales: (18)

***Fase de diagnóstico:** Con el fin de tener una línea de base que oriente los cambios, se realizó un diagnóstico centrado en las percepciones y prácticas de salud reproductiva de las mujeres indígenas de Otavalo y del equipo de salud del Hospital. El estudio abarcó ocho parroquias y cubrió a 320 mujeres indígenas usuarias de los servicios y a 40 empleados y trabajadores del hospital.*

***Fase de sensibilización del personal de salud:** En esta fase se difundieron los resultados del diagnóstico, la problemática de salud materna, los derechos de los pacientes y el intercambio de experiencias.*

***Identificación, capacitación, evaluación y certificación a parteras del cantón:** Se desarrollaron el plan continuo de capacitación, la certificación en la comunidad y la aprobación de conocimientos institucionales.*

***Implementación y adecuación del área física:** Fueron necesarios el apoyo político, la alianza provincial nacional, la elaboración de la guía de adecuación del parto intercultural, la elaboración del diccionario kichwa, el protocolo del rol de las parteras y la inserción de las parteras en el equipo de salud.*

Ejecución y evaluación: Se trató de la asistencia personalizada a las usuarias, el análisis de los resultados y la sistematización de la experiencia.

2.2.6 Resultados de la implementación de Sala de Parto Culturalmente Adecuado en el HSLO.

Como resultados, se puede indicar que desde abril de 2008 al 2010 se ha incrementado el parto institucional en un 9,9%, del cual el 54% corresponde a la mujer indígena del área rural, población objeto de la estrategia implementada, de tal forma que se han atendido 1 555 partos en 2008, 1 709 en el 2009 y 1 872 partos en 2010. Esto significa que se ha incrementado la cobertura de parto institucional del 55,2% al 65% en el 2010 (18).

Por otro lado, este servicio ha acogido no solo a la mujer indígena sino a las otras etnias y pueblos, como el mestizo y afro ecuatoriano. Así, desde su implementación hasta la fecha, se han atendido 983 partos en posición vertical, de los cuales el 56% corresponden a la mujer indígena (21). Lo más destacable es que con la implementación de este modelo de atención intercultural se ha logrado disminuir la mortalidad materna a cero en el cantón Otavalo, desde el año 2008, en que se inició la propuesta, hasta marzo de 2010. La unidad con el modelo intercultural es un referente nacional, además de ser área de capacitación en atención de partos culturalmente adecuados para las diferentes provincias del país interesadas en el tema.

Como resultado, también se puede mencionar la elaboración de la Guía Técnica para la Atención de Parto Culturalmente Adecuado. Además, el modelo se retroalimenta con el aporte de profesionales, ya que el Área de Salud Materna del hospital se constituye en una unidad de docencia e investigación. Por otro lado, se ha mejorado la calidad de atención en salud, con lo cual se ha logrado la confianza de las usuarias y sus familias hacia la prestación del servicio. Finalmente, se ha establecido una interacción y coordinación de trabajo entre el equipo de salud, las parteras y la comunidad (6).

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 Cultura, Etnocentrismo e Interculturalidad

La cultura desde una perspectiva antropológica, se refiere a *“todo lo que crea el hombre al interactuar con su medio físico y social lo cual es adoptado por toda la sociedad como producto histórico... desde este punto de vista, no hay grupo humano que carezca de cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes.”* (22)

Debido a las circunstancias históricas que condujeron a la difusión de la civilización occidental, el sistema biomédico moderno se ha institucionalizado, por encima de todas las posibilidades, como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones. El conocimiento científico se ha oficializado como la única forma permitida de conocimiento, excluyendo a otras formas por considerarlas “empíricas”, “míticas”, “primitivas”. Inclusive el sistema de medicina indígena, de otras culturas y/o alternativas (homeopatía, acupuntura, etc.), subsisten de forma marginada (23).

La sabiduría y los saberes de los pueblos y nacionalidades indígenas, “han sido históricamente desacreditados desde la oficialidad asociándolo con hechicería, brujería y charlatanería... Sin embargo, ello no ha implicado de ninguna manera su desaparición, pero sí ha negado algunas posibilidades de su potenciación. Desde siempre, la medicina tradicional ha prevalecido en el uso constante, y con frecuencia clandestino, tanto entre los indígenas como en la sociedad no indígena” (24).

El etnocentrismo es la tendencia a juzgar a las personas de otras culturas desde el punto de vista de nuestros propios patrones culturales, a pesar que nuestras costumbres son mejores, que nuestra cultura es superior a las otras, y por tanto considerar a las personas de otras culturas como seres inferiores, menos civilizados, y en algunos casos hasta menos humanos.

Según el sociólogo y antropólogo Tomás R. Austin Millán "La interculturalidad se refiere a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura. Si a uno o varios de los grupos en interacción mutua se les va a llamar etnias, sociedades, culturas o comunidades es más bien materia de preferencias de escuelas de ciencias sociales y en ningún caso se trata de diferencias epistemológicas" (25).

Por lo tanto, los elementos más importantes de la interculturalidad son: el reconocimiento de la propia identidad y el diálogo en igualdad de condiciones para la construcción de acuerdos y la ejecución de compromisos. La interculturalidad promueve el conocimiento mutuo de las distintas culturas, la aceptación y valoración de las diferencias como algo positivo y enriquecedor del entorno social, la institucionalización del enfoque intercultural y la garantía del Estado para la aplicabilidad de las Políticas Públicas Interculturales en Salud (24).

2.3.2 Salud intercultural

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud y del Subproceso de Normatización de Medicina Intercultural lleva a cabo un importante trabajo de reconocimiento, revaloración, y recuperación de saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral, impulsando la capacitación y acreditación a los sabios de la medicina ancestral reconocidos desde la comunidad a lo largo de todo el país (26).

2.3.3 El parto

Se entiende por parto a la expulsión del feto y sus anexos a través de la vagina. Se considera parto normal al que ha transcurrido dentro de unos límites de duración y evolución, que se consideran fisiológicos; el parto marca el fin de la gestación, y dependiendo de la duración de ésta hablamos de parto a término si se inicia entre las 37 y las 42 semanas cumplidas, esto es cuando han transcurrido de 259 a 293 días

desde la FUM. Se llama a término porque el 80% de los embarazos acaban dentro de dichos límites, naciendo fetos completamente maduros. Teóricamente un embarazo humano debe durar 40 semanas, es decir 280 días, pero tan solo el 28% cumple con dicho parámetro, es por ello que se considera parto a término todo aquel que termina dentro de las semanas gestacionales ya mencionadas anteriormente. El 20% de las gestaciones termina extemporáneamente, es decir, tras cumplirse las 42 SG, a lo que llamamos parto pos término; por el contrario, el que termina antes de las 37 SG, es llamado parto pre término (27).

Períodos del parto

Período de Dilatación: Su duración varía de mujer a mujer está influenciada por el número de embarazos de la parturienta, la mayoría de las mujeres nulíparas alcanza la segunda etapa del parto dentro de las primeras 18 horas y las multíparas en 12 horas. En este período encontramos dos fases (27):

- ✓ **La fase latente.-** Comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración, y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 o 4 cm. Cada vez las contracciones son más rítmicas y van aumentando la intensidad del dolor, paulatinamente el cuello del útero se adelgaza y va tornándose de una consistencia más blanda.

- ✓ **La fase activa.-** Se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación, comienza al alcanzar los 4 centímetros y culmina al alcanzar los 10 cm.

Período Expulsivo: Es la que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa (10 centímetros de dilatación) y el nacimiento del bebé. También se subdivide en dos fases: pasiva y activa. Durante la fase pasiva de la segunda etapa del parto no se percibe sensación de pujo y las contracciones uterinas hacen descender

la cabeza del bebé a lo largo de la vagina. Su duración en las nulíparas puede alcanzar hasta dos horas y en las mujeres que ya han tenido hijos, hasta una hora si no han recibido analgesia epidural y hasta dos horas si la reciben. La fase activa de la segunda etapa comienza cuando el bebé es visible, se producen contracciones de expulsivo o se percibe el deseo de pujo. A partir de este momento el pujo materno ayuda al descenso y permite el nacimiento del bebé. La duración normal en nulíparas sin epidural es de hasta una hora y de hasta dos horas con epidural. En multíparas la duración normal es de hasta una hora independientemente de que tengan o no analgesia epidural. Una vez expulsado el producto se fomenta el apego precoz, piel a piel entre el dúo madre-hijo, tras el nacimiento del bebé el cordón umbilical se ligará, preferiblemente pasados dos minutos o cuando cesa el latido (28).

Período de Alumbramiento: La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. La placenta está adherida a la decidua del delgado endometrio sobre la capa basal mediante numerosas vellosidades fibrosas. Después del nacimiento fetal, las contracciones uterinas prosiguen con la misma frecuencia y potencia acompañadas de la reducción del área de la superficie de la cavidad uterina que hacen que el punto de inserción de la placenta se encoja marcadamente, esto hace que las vellosidades de anclaje se rompan y se forme una hemorragia retro placentaria haciendo que la placenta se separe de sus puntos de adherencia (28).

Por lo general, las contracciones fuertes se presentan a los siete y diez minutos después del nacimiento, provocando que la placenta se separe de la capa basal forzándose primero hacia el segmento inferior y luego hacia la vagina, tras lo cual acaba de expulsarse. El alumbramiento puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Las mujeres que presentan un proceso de parto normal pueden solicitar una conducta expectante si desean tener un alumbramiento fisiológico, aunque deben estar informadas de los posibles riesgos y beneficios de ambos métodos.

El manejo fisiológico incluye los siguientes componentes (29):

Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo). Animar a la mujer a pujar con las contracciones y, si es necesario, animarla a adquirir una posición vertical. Debería facilitarse un ambiente adecuado para el primer contacto madre-hijo/hija y la liberación de oxitócina endógena, pudiendo así obtener su pico máximo; de esta forma madre e hijo/hija podrían beneficiarse de los efectos de ésta, tanto a nivel fisiológico como conductual.

2.3.4 Parto Tradicional

Parto tradicional Se dice del parto que se desarrolla en el ámbito familiar, un medio en el que la parturienta ha vivido su experiencia personal e intransferible, en compañía de sus familiares más cercanos, madre y amigas, siendo asistida por una profesional, otra mujer, la partera o matrona, conocida y reconocida, tanto social como profesionalmente ante sus ojos y de sus familiares. Las matronas son mujeres apreciadas y valoradas en el campo afectivo y, en lo técnico-científico, capaces de resolver situaciones vitales comprometidas, en algún caso dramáticas, sin más ayuda que su experiencia, pericia y conocimiento (30).

El parto tradicional mejora el acceso, la cobertura y la calidad del acompañamiento prenatal, de la asistencia al parto y puerperio a las gestantes y al recién nacido, en la perspectiva de los derechos de la ciudadanía. En la Declaración de Ceará en torno a la Humanización se pone de manifiesto la trascendental importancia de esta nueva visión del parto: “El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras” (31).

La OMS revisando el modelo biomédico de atención de la gestación, el parto y nacimiento concluye que dentro de ciertos protocolos la parturiente no desempeña el rol principal dentro de dicho acontecimiento, ya que se le realizan ciertas prácticas no justificadas, con el fin de cumplir sistemáticamente con un protocolo establecido; por tal razón se incrementa políticas como la atención culturalmente adecuada del parto, en donde la gestante es vista como persona y se tienen en cuenta factores familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales y se valoran aspectos tales como el estado emocional, sus valores, creencias y sentido de la dignidad y autonomía durante el parto.

2.3.5 Aspectos Culturales

Con el avance de la tecnología los saberes ancestrales o conocimientos empíricos de los pueblos y nacionalidades indígenas han ido desapareciendo o han sido catalogados como hechicerías o charlatanerías, pero a pesar de eso la medicina tradicional ha prevalecido en el uso constante, y con frecuencia clandestina, tanto entre los indígenas como en la sociedad no indígena. “La Constitución del Ecuador reconoce a nuestro país como multiétnico y pluricultural, acepta e impulsa la práctica y desarrollo de la medicina tradicional (Art. 1, 44, 84); garantiza también el desarrollo de otras prácticas relacionadas con medicina alternativa para la atención de la salud de la población, por ésta razón se deben buscar mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, nacionalidades y pueblos, e institucional” (32).

La mayoría de mujeres de etnia indígena o afro descendiente expresan haber escuchado comentarios negativos por parte de sus familiares en torno a los hospitales y a los médicos, y dichos comentarios se van transmitiendo de generación en generación. Uno de los factores con mayor fuerza explicativa es la convicción por parte de la mujeres de que el parto en casa es lo mejor y lo más natural, valorando las vivencias y consejos de la madres y abuelas y experiencias propias exitosas (33). Algunas mujeres prefieren el parto en casa porque para ellas representa seguridad, tranquilidad y confianza, además involucran en este maravilloso acontecimiento a sus esposos con lo cual crean

vínculos o lazos familiares más fuertes en su familia, brindando la calidez de un hogar al nuevo ser.

La percepción negativa de los servicios de salud es un factor importante para optar por el parto en casa. Se evidencia una clara insatisfacción en el ámbito de las relaciones interpersonales: usuarias – personal de salud (maltrato verbal, abuso, humillación), (34). Además la inconformidad en aspectos técnicos de la atención. Dentro de las causas más frecuentes para que las mujeres opten por el parto tradicional manifiestan el temor a la episiotomía o cesárea, por el maltrato por parte del personal de salud, por la tardanza en la atención, por la dieta alimentaria, por ausencia de familiares durante el parto y por el irrespeto a sus costumbres; lo cual no sucede cuando se atienden el parto en su propia comunidad ya que ahí la mujer es quien tiene autonomía para decidir sobre su cuerpo y su cosmovisión a más de tener mucha empatía con la partera, quien le brinda un ambiente de confianza y seguridad (35).

La palabra tradicional se utiliza cómo adjetivo a ser aplicado a todo aquello que tenga que ver con la o las tradiciones de un pueblo, comunidad o sociedad. Estas tradiciones son por lo general traspasadas de generación en generación como parte del legado de los antepasados y pueden incluir todo tipo de valores, costumbres, formas de pensamiento, creencias y prácticas (36).

2.3.6 Atención del Parto Tradicional

El parto tradicional es aquel que ocurre en el domicilio y es atendido por una persona ajena al establecimiento de salud (algún familiar, vecino o partera), en un ambiente confortable y muy distinto al ámbito hospitalario, esto se viene realizando desde hace 150 años aproximadamente, en donde todos los partos se llevaban a cabo en la casa y eran asistidos por un médico o una partera. En las culturas andinas el parto representa una íntima relación entre el cielo, la tierra, la fertilidad, la vida y la producción. Dentro de la cosmovisión indígena el parto es un ritual ancestral. La partera cumple un papel fundamental en este acto, pues es quién, de acuerdo con sus saberes y tradiciones, da

la bienvenida al recién nacido (37). Antes de empezar estas sabias mujeres se encomienda a seres supremos, según sean sus creencias, decoran el lugar donde se producirá el parto con la finalidad de brindarle a la parturienta el mayor confort y tranquilidad posible, cada una de ellas en la ambientación del lugar lo hacen de acuerdo a sus costumbres, por ejemplo, algunas hacen un círculo de fuego entorno a la embarazada, otras lo hacen con humo de sahumero, etc.

Las parteras tradicionales son responsables hoy en día del nacimiento de 450.000 niños por año en todo el mundo, lo que representa el 18% de los nacimientos del año (38). Además debemos tener en cuenta la valoración biopsicosocial de la mujer y su criatura, porque la atención del equipo de trabajo está basada en una visión holística de la salud. Se tienen en consideración los aspectos emocionales y socioculturales que rodean a la mujer para valorar su estado de salud de una manera integral. Se valoran qué posibles desviaciones referentes a estos aspectos pueden cambiar y alterar el diagnóstico de normalidad (39). Es importante valorarla a la mujer totalmente para conocer sus necesidades y ayudar a que el proceso del parto se desarrolle dentro de los rangos de normalidad, detectando oportunamente cualquier desviación que ponga en peligro la vida de la madre o del feto.

La gestación, el parto y el puerperio son eventos íntimos de la vida de toda mujer que involucran su pudor y se asumen como asuntos propios de las mismas. Por esto, en el caso del parto, el ambiente del hogar propio o de la partera forma parte de la intimidad, la solidaridad y la calidez necesarias para que el parto salga bien (40). Muchas investigaciones refieren que las mujeres de sectores rurales y de etnia indígena principalmente, prefieren llevar a cabo el parto en su comunidad, ya que manifiestan la gran problemática que es acceder a los servicios de salud, además de su desacuerdo con la infraestructura, los procedimientos innecesarios realizados y con el trato interpersonal inadecuado por parte del equipo de salud.

Ventajas del Parto Vertical

Se han señalado numerosas ventajas fisiológicas para la posición vertical durante el trabajo de parto y el parto, a continuación se resumirá las más importantes:

- ✓ Gracias a las fuerzas de gravedad se facilita el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical (41).
- ✓ Descomprime grandes vasos, como por ejemplo, la vena cava, la cual con su compresión puede causar disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de ésta manera la cantidad de oxígeno disponible para el feto, sobre todo si el período expulsivo se prolonga (42).
- ✓ El aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm en transversal y moldeamiento de la articulación coxofemoral, causando menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión de dicha articulación (42).
- ✓ Permite la participación activa de la mujer durante el nacimiento de su hijo ya que el dolor es menos intenso e incluso ausente en algunos casos, debido a que al adoptar posiciones verticales los beneficios psicoafectivos son considerables (43).
- ✓ Las mujeres parturientas en posición vertical tienen las contracciones uterinas más fuertes e intensas en frecuencia, actividad uterina y coordinación; facilitan el pujo por la mejor disposición de la musculatura abdominal para contraerse (43).

Complicaciones del Parto Vertical

Según un estudio realizado se evidencia que al revisar las historias clínicas de varias pacientes las complicaciones más comunes del parto vertical fueron (44):

- ✓ *Hemorragia: Pérdida sanguínea mayor a 500cc.*
- ✓ *Desgarro cervical.*
- ✓ *Desgarro vaginal.*
- ✓ *Atonía uterina.*
- ✓ *Alumbramiento incompleto.*
- ✓ *Presencia de líquido meconial.*
- ✓ *Parto prolongado: Trabajo de parto de duración mayor a doce horas.*
- ✓ *Parto precipitado: Trabajo de parto de duración menor a tres horas.*

2.3.7 Parto Institucional

Es aquel que es atendido dentro de alguna institución del Ministerio de Salud, con adecuaciones culturales dentro de la institución con orientaciones occidentales. Donde la gestante se coloca en posición vertical, puede ser de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, de cuclillas; mientras que el personal de salud que atiende al parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido (45).

En una determinada fase del parto, el instinto de la mujer le indica que necesita realizar movimientos rotatorios. Es importante que ella tenga libertad de movimiento ya que su cerebro primitivo la guiará para adoptar la posición fisiológica que su cuerpo pide. Los movimientos de la madre facilitan que el feto rote y se posicione y así avanzar en el canal del parto. Al bebé le resulta más fácil rotar en posición vertical, sobre una

fracción de su cabeza, que, en posición horizontal, porque está en contra de la fuerza de gravedad.

El parto en el que la mujer es libre para moverse y caminar durante las fases de dilatación y expulsión resulta más corto y causa menos alteraciones del ritmo cardíaco fetal y menos moldeamientos del cráneo del feto. En la postura vertical, y sobre todo en cuclillas, los músculos que rodean la vagina se abren y de esta manera acorta el canal vaginal. La posición horizontal disminuye la circulación de la sangre en el resto del cuerpo. Un simple cambio de postura, por ejemplo, ponerse de costado, es suficiente para mejorar la circulación (46). En la posición vertical, este problema no sucede, sino todo lo contrario. Al poder moverse libremente, la mujer tiende a adoptar la posición que menos dificulte la circulación.

2.3.8 Adecuación Cultural de la atención del Parto

Espacio físico (47):

- ✓ Primeramente, se debe identificar un área física o sala y/o consultorios específicos para la atención del embarazo, parto y post parto culturalmente adecuados, mismas que deberán estar ubicadas *CERCA* del área de quirófanos, para la solución inmediata de una complicación. De la misma manera de fácil acceso para permitir el acompañamiento de los familiares.
- ✓ Para la adecuación física se debe tomar en cuenta los requerimientos de las usuarias y las características propias de la zona.
- ✓ En la sala para la atención de parto deberán existir todos los insumos.
- ✓ Según la necesidad de las usuarias, se debe adecuar la temperatura ambiental de la sala de labor y de atención de parto y post parto, para brindar comodidad y

respetar sus principios culturales de frío y calor o fresco y cálido, dependiendo de la cultura.

Insumos y Equipamiento esenciales en la sala de Parto Culturalmente Adecuado (47):

1. *Dos sillas*
2. *Un taburete*
3. *Una estantería, vitrina u otro mueble con almacenamiento de plantas medicinales propias de la zona (en sala de labor)*
4. *Un dispensador de agua (en sala de labor)*
5. *Una estufa, o cocineta, o cocina, para preparar aguas medicinales (en sala de labor)*
6. *Una fuente de calor (calefactor) en Unidades de Salud de la región sierra*
7. *Una cama apropiada para la atención del parto culturalmente adecuado (características, dependiendo de la necesidad local, que brinde absoluta comodidad a la usuaria)*
8. *Una colchoneta*
9. *Tres juegos de campos para la colchoneta*
10. *Un sistema de sujeción de apoyo para pacientes, sujeto al techo*
11. *Un sistema de sujeción de apoyo para pacientes, sujeto a la pared*
12. *Dos recipientes para recoger la placenta*
13. *Tres fundas de agua caliente*
14. *Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para la parturienta según la región geográfica (sierra, costa, Amazonía e insular)*
15. *Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para el/a acompañante, según la región geográfica (sierra, costa, Amazonía e insular)*

16. *Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para el personal de salud que atiende el parto, según la región geográfica (sierra, costa, Amazonía e insular)*
17. *Un lavabo y jabón líquido antiséptico*
18. *Tres equipos de instrumental completo para la atención del parto*
19. *Un tensiómetro*
20. *Un estetoscopio*
21. *Una lámpara cuello de ganso*
22. *Dos soportes para suero*
23. *Dos recipientes para corto punzantes*
24. *Ingreso a la Unidad de Salud, sala de labor, sala de partos, sala de recuperación y hospitalización, rotuladas en el o los idiomas locales.*

El Trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares

El trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debería ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares. No obstante, la forma como el personal de salud se relaciona con los pacientes y sus familiares continúa siendo uno de los problemas más importantes en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano. Así pues, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afro descendientes constantemente han sido objeto de maltrato, discriminación y prejuicio. Es por aquello que muchas de las mujeres que fueron maltratadas en las diferentes casas de salud deciden a no regresar más a dicho centro para la atención del parto (48).

El acompañamiento durante la atención del parto (47):

Un cambio que solicitan las pacientes que son atendidas en los centros de salud, es precisamente, que en el momento del parto se permita la presencia de algún familiar, debido que en el parto tradicional toda la familia está colaborando en las tareas de preparación tales como: el cocimiento de las aguas medicinales que ayuden a este

evento, la preparación de la sala, entre otras cosas. Por ende, el ambiente familiar y el acompañamiento de la partera deben ser respetados, como un derecho de la mujer.

Participación de la partera

Los roles que desempeñan las parteras/os son los siguientes (49):

- a. Acompañamiento durante el embarazo, a través de visitas domiciliarias y orientación sobre cuidados e identificación temprana de posibles riesgos.*
- b. Acompañamiento al hospital, para chequeos durante el embarazo en caso necesario.*
- c. Acompañamiento al hospital para el parto. En ese caso, están autorizadas por el hospital para entrar a la sala de labor, siguiendo las normas de asepsia.*
- d. Apoyo con masajes a las parturientas durante el período de labor.*
- e. Apoyo emocional a las parturientas, acompañándolas y brindando confianza. Una vez que ellas mismas han ganado confianza en el hospital y han establecido relaciones con algunos profesionales del hospital.*
- f. Uso de infusiones de plantas medicinales de acuerdo a las necesidades y etapas del parto, y en consulta con el profesional de salud.*
- g. Participación en la atención del parto culturalmente adecuado y el parto cuando las mujeres así lo requieran y siempre que el personal de salud este presente.*

La participación de las parteras no únicamente es a nivel hospitalario en el servicio del parto culturalmente adecuado, sino también a nivel comunitario.

Posición del parto

Para la atención del parto vertical, los establecimientos de salud deben adecuar las salas de parto con los implementos físicos necesarios de acuerdo a las culturas, tales como colchonetas, barras de soporte, o sillas ginecológicas especialmente diseñadas

para la atención del parto vertical. De igual forma el personal de salud deberá capacitarse en las técnicas y procedimientos de atención de las diferentes posiciones del parto vertical. En el parto hay diferentes posiciones a continuación se describiera algunas de ellas (50).

- ✓ **Posición de cuclillas: variedad anterior.-** *Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito) Se debe verificar que la mujer en trabajo de parto mantenga las piernas hiper-flexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis. Posteriormente adecuarlo para realizar el alumbramiento.*

- ✓ **Posición de Cuclillas: Variedad Posterior** *El acompañante debe estar parado y abrazará a la mujer en trabajo de parto por debajo de la región axilar, permitiendo que la mujer en trabajo de parto se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante. El personal de salud se colocará por detrás de la paciente y realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento.*

- ✓ **Posición de Rodillas.** *El personal de salud se colocará detrás de la mujer en trabajo de parto, cuidando el periné; para que no tenga rasgaduras realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo, posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. El acompañante puede estar hincado de frente a la paciente, abrazará a la*

usuaria por la región del tórax permitiendo a la usuaria apoyarse en los muslos del acompañante. En esta posición la mujer en trabajo de parto va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

- ✓ ***Posición Sentada.*** *El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas, abrazará a la mujer en trabajo de parto por la región del tórax, permitiendo que se apoye en los muslos, en esta posición la mujer en trabajo de parto, se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde del banco, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de ella.*

- ✓ ***Posición Semi- Sentada.*** *En la posición semi sentada la mujer en trabajo de parto se apoyará sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia adelante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.*

- ✓ ***Posición sostenida de una Sábana, Lazo o Soga.*** *El personal de salud se colocará frente a la mujer en trabajo de parto, realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuarán para realizar el alumbramiento. El acompañante se colocará detrás y la sostendrá para que no se mueva. La mujer en trabajo de parto se sujeta de la soga lazo o sabana que está suspendido de un tronco o una viga del techo. El favorecido es el feto, quien, ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal del parto suave y calmadamente. Esta posición podría dificultar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón.*

- ✓ **Posiciones en cuatro puntos de apoyo, (Posición rodillas y manos).** Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda. El personal de salud se colocará detrás de la mujer en trabajo de parto cuidando el periné para evitar rasgaduras. Realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento.

- ✓ **Posición de Pie.** En esta posición la madre se coloca de pie con las piernas ligeramente separadas y en flexión de rodillas. La madre puede realizar las variaciones que necesite para su comodidad; rotaciones de MI, inclinaciones del tronco hacia delante o hacia atrás (51).

Ropa apropiada para atención del parto (47):

Es uno de los elementos importantes en la medicina ancestral, uno de los criterios fundamentados de las parteras es que a la paciente se le debe mantener caliente y no realizarles baños, someterle a una sala fría, y sin la ropa apropiada, debido a que esto puede producir en enfriamiento de la matriz y por ende se dificulte el parto por el lecho de perder las fuerzas. Es por ello la expectativa de las parturientas que se les permita mantener su propia ropa durante el parto, y contar con calefactores que le permitan mantener una temperatura abrigada en todo el proceso de alumbramiento.

Alimentación (47):

En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas, algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela: de anís, de manzanilla, de Paraguay, de higo, etc. (según el sector).

Los indígenas y los afro ecuatorianos conocen el principio humoral así como los principios curativos de ciertas plantas, en este sentido se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según la necesidad de la gestante, durante la labor de parto y el post parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto.

Información (47):

El personal de salud tiene la obligación de estar debidamente informados de los avances tecnológicos y prácticas locales acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento. El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias, cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta y/o a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular.

Entrega de la placenta (47):

En algunas comunidades existe la creencia que si no se entierra la placenta, ésta puede regresar imbuida de los espíritus “encima de la mujer” y asustarle, hasta sofocarle, o también se cree que cuando el wawa ya es mayor “puede ser loco”, o “se le puede hacer la dentadura amarilla”. Sin embargo, en algunas comunidades la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello, la devolución de la placenta debe ser opcional y tomada en cuenta desde esta perspectiva y tomando en cuenta las normas de bioseguridad.

Plan del parto

Es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para a atención oportuna de la gestante, la puérpera y el recién nacido.

Debe ser realizado entre el Equipo Básico de Atención de Salud (EBAS), la embarazada, la familia y la comunidad durante el embarazo, en donde se define (52):

- 1. Acompañamiento*
- 2. Transporte*
- 3. Organización familiar*
- 4. Atención del parto*
- 5. Corte del cordón umbilical*
- 6. Entrega de placenta.*

2.3.9 Normativa de Atención Culturalmente Adecuada del Parto.

El primer contacto entre el personal de salud y la paciente es de suma importancia, ya que determinará la confianza y colaboración de la paciente y sus acompañantes en las diferentes etapas del parto durante su permanencia en la institución (45).

- 1. Recibir a la paciente de forma respetuosa y cordial, evitar emplear palabras que le resulten difíciles de comprender.*
- 2. Establezca una adecuada interacción con la partera y familiares de la paciente.*
- 3. Evalúe a la paciente, realice el interrogatorio inicial determinando los factores de riesgo para establecer el nivel de atención que requiere la misma.*
- 4. Explique en forma sencilla los procedimientos que se realizarán y haga conocer, a la paciente y sus acompañantes, el área física en donde se atenderá el parto.*
- 5. Escuche atentamente y responda las inquietudes de la paciente y sus acompañantes en forma sencilla, evite emplear términos técnicos.*

6. *Permita que la partera, partero y/o su acompañante intervengan en la preparación de la paciente, que la ropa que se acostumbra a usar en la comunidad para este evento, sea usada por la paciente.*
7. *Asegúrese de que la medicación, instrumental e insumos médicos que requerirá para la atención del parto estén listos para ser utilizados en su momento.*
8. *No imponga una determinada posición a la paciente durante el trabajo de parto, deje que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad.*
9. *Permita que la paciente ingiera bebidas medicinales según la costumbre de la comunidad, solo si su efecto conocido no es perjudicial para la madre o el niño. En caso de no conocer sus efectos, dialogue con la partera o partero para presentar otras alternativas.*
10. *Cumpla el protocolo de atención detallado en la guía durante las diferentes etapas del parto.*
11. *Debe promover el apego emocional y la lactancia precoz entre la madre y el bebé.*
12. *Antes de dar el alta médica, proporcione asesoramiento anticonceptivo de ser posible con la participación de la pareja y la mediación de la partera cuando exista rechazo de parte de la pareja.*
13. *Al dar el alta, informe a la paciente de los signos de alarma del puerperio que requieren atención médica inmediata.*
14. *Recomiende el aseo de las manos, y corte de las uñas de la madre antes de la lactancia a fin de evitar enfermedades diarreicas en el infante.*
15. *Indique a la paciente que debe acudir al control postparto luego de una semana.*

2.3.10 Protocolo De Atención del Parto Culturalmente Adecuado.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) en consenso con los miembros del Sistema Nacional de Salud (SNS), en el marco de los

lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, de la Ley Orgánica de Salud, de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y en el cumplimiento de su función rectora de conducir, regular y promover intervenciones asistenciales de calidad, con enfoque intercultural tendientes a la satisfacción de las necesidades de salud de toda la población, proporciona al personal de las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud un instrumento técnico y normativo que permita mejorar la atención del parto y posparto de la mujer embarazada y del recién nacido; así como también resolver los riesgos y patologías que podrían presentarse durante este período, adaptando los servicios a las necesidades, costumbres y tradiciones culturales de una parte importante de la población que demanda ésta respuesta de los servicios de salud (45).

El reconocimiento de la condición plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnica del país, obliga a buscar mecanismos de articulación entre la atención institucional en salud y las prácticas tradicionales de las diferentes comunidades del país. La atención del parto culturalmente adecuado involucra la atención de la madre y del recién nacido y pretende incorporar en su práctica, no sólo las características clásicas de atención en libre posición sino también un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas y afroecuatorianos a la atención institucional del parto, así como a otras demandas provenientes de diversos movimientos sociales que demandan la atención del parto humanizado.

La presente guía plantea la necesidad de introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal de un modo más claro y decidido, a fin de que la atención en salud contemple normas y procedimientos de acuerdo a las necesidades culturales de la población, que sean aplicados por el personal de salud de los niveles I y II

de atención de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, y que permitan satisfacer a un mayor número de usuarias/os, particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas y afroecuatorianas donde las barreras de acceso elevan los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil.

Componentes del protocolo de atención del parto culturalmente adecuado

Protocolo de manejo de la primera etapa de la labor de parto: dilatación y borramiento:

- ✓ Adecuación del área física para atención del parto
- ✓ Diagnóstico y medidas iniciales
- ✓ Evaluación de la labor de parto y parto normal

Protocolo de manejo de la segunda etapa de la labor de parto normal.: expulsivo:

- ✓ Preparativos
- ✓ Expulsión de la cabeza
- ✓ Finalización del parto, inicio del nacimiento

Protocolo de manejo de la tercera etapa de la labor de parto: alumbramiento:

- ✓ Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto. Administración de uterotónico.
- ✓ Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto. Tracción controlada del cordón umbilical.
- ✓ Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto.: masaje uterino
- ✓ Atención del recién nacido
- ✓ Tareas posteriores al procedimiento.

2.4 Marco Legal y Ético

2.4.1 Constitución de la República del Ecuador (año 2008)

La presente investigación está ubicada dentro de la línea de investigación salud y bienestar (Carrera de Enfermería UTN). Así también con lo que establece el Art. 32 de la Constitución (2008) “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho... los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.” (53):

En el Art. 66, del mismo texto constitucional, “se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras”.

Art. 42 El estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, la posibilidad de acceso permanente e interrumpido de servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad calidad y eficiencia.

Art. 43 De la carta magna prescribe que: los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Por ningún motivo se negará la atención

de emergencia. En los establecimientos públicos o privados. El estado promoverá la cultura por la salud y la vida con énfasis en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los médicos de comunicación social.

Art. 44: El estado promoverá la política nacional de salud y vigilará su aplicación, controlará el funcionamiento de sus entidades del sector, reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicionales y alternativas, cuyo ejercicio será regulado por la ley.

Art. 45. El estado organizara un sistema nacional de salud que se integrará con las entidades públicas autónomas, privadas y comunitarias del sector, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 47 De la constitución política de la república establece que: en el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria preferente y especializada los niños, adolescentes y las mujeres embarazadas.

2.4.2 Ley Orgánica de Salud

Dentro de la ley orgánica de salud se relatan sobre los derechos sexuales y reproductivos como se puntualiza a continuación (54):

Art.6 numeral 2 Establece como responsabilidades del Ministerios de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud” y en el numeral 6 “Formular e implementar políticas programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permita la vigencia, respecto al goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos y declarar la obligatoriedad de la atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requieran.

Art. 10 Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

2.4.3 Modelo de atención integral de salud

Es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que operando armónicamente permita responder a las necesidades de salud de las personas, la familia y la comunidad.

- ✓ *Responde a las nuevas necesidades de cuidado de la salud por los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico.*
- ✓ *Garantiza el derecho de todos y todas a una atención integral, oportuna y de excelencia.*
- ✓ *Equidad: superar las barreras económicas, culturales, geográficas y funcionales.*

El propósito es contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del MAIS que bajo los principios de la Estrategia de atención Primaria de Salud, transforme el paradigma médico biológico, hacia una visión integral e integradora centrada en el cuidado de la salud individual, familiar, comunitaria y del entorno, orientada a la garantía de los derechos en salud y al cumplimiento de las metas del Plan Nacional de desarrollo para el Buen Vivir

2.4.4 Plan Nacional del Buen Vivir

El propósito central del estudio gira en torno al objetivo 3 del (PNBV) “Mejorar la calidad de vida de la población”. Entre los aspectos centrales de la política, tenemos (55):

- a) Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.*
- b) Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.*
- c) Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud.*

2.4.5 Código Deontológico de Enfermería de Ecuador

Se señalará los articulados más relevantes en cuanto a aspectos éticos que contiene el Código de Ética del personal de enfermería del Ecuador (56):

Art 1.- El Código de Ética de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros está constituido por un conjunto sistematizado de principios, normas directivas y deberes que orientan el ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros.

La educación permanente, el poseer un sistema de valores humanos y el manejo adecuado de la comunicación, permiten a la o el profesional de Enfermería, reflejar un comportamiento ético en su relación con las personas a su cuidado, con sus colegas, los miembros del equipo de salud y la sociedad en general, lo que a su vez les asegurará respetabilidad y reconocimiento laboral y social.

El desarrollo a escala humana exige de las personas el respeto y la práctica de los siguientes valores humanos: la justicia, la libertad, la solidaridad, la equidad, la verdad,

la honestidad, la responsabilidad, la ecuanimidad, la honradez y el respeto, por lo tanto la enfermera y el enfermero, tanto en su vida personal como profesional deben respetarlos y practicarlos cotidianamente.

Art. 4.- Las faltas y violaciones a la Ética de acuerdo al presente Código, se refieren al comportamiento ético y serán sancionadas por el respectivo Tribunal de Honor. Constituye falta grave contra la Ética, el no denunciar las infracciones en contra de este Código, cometidas por una enfermera o enfermero. Constituye obligación de toda enfermera o enfermero conocer y acatar las disposiciones legales vigentes en Salud.

Art. 13- La enfermera o enfermero deben respetar la escala de valores, la ideología y religión de la persona, familia y comunidad.

Art. 14.- La enfermera o enfermero deben respetar y no hacer discrimen por nacionalidad, raza, color, religión, edad, sexo, opinión política o condición social.

Art. 20.- La enfermera o enfermero podrán participar en investigaciones clínicas que no atenten contra la ética y la moral y además deberán obtener el consentimiento libre de la o las personas que autoricen realizarlas, luego de una explicación detallada de la naturaleza y riesgo de las mismas.

Art. 21.- La enfermera o enfermero están obligados a denunciar ante organismos locales, nacionales o internacionales la práctica de tortura física o mental a pacientes refugiados, presos políticos o comunes, así como aquellos que, sean víctimas de violencia intrafamiliar.

Art. 22.- La enfermera o enfermero deben respetar los derechos de todo paciente, particularmente de los enfermos terminales y los de sus familias.

Art. 29.- La enfermera o enfermero deben tener fortaleza para rechazar imposiciones, adulaciones y cualquier otra acción que pudiera inducirlos a cometer irregularidades que falten a la ética.

Art. 31.- La enfermera o enfermero que se apropien de trabajos científicos ajenos, cometen una grave falta a la ética.

Art. 40.- Faltarán gravemente a la ética profesional:

- ✓ *La enfermera o enfermero que provoquen, difamen, calumnien o injurien a un colega en su ejercicio profesional o en su vida personal.*
- ✓ *La enfermera o enfermero que no respete las líneas de autoridad y traten de desplazar a un colega mediante procedimientos ilícitos o desleales.*
- ✓ *La enfermera o enfermero que distorsionen o se nieguen a proporcionar información relacionada con la atención de pacientes o familias bajo su cuidado y que altere la convivencia normal.*

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1 Diseño de la Investigación

El diseño de estudio de esta investigación es cuali-cuantitativo y no experimental. Es cualitativo debido a que se utiliza predominantemente información que permitirá recoger, procesar y analizar los pasos, características y formas del parto y con ello se determinara el cumplimiento del protocolo de atención del parto culturalmente adecuado, y cuantitativa porque existen variables que necesitan ser recopiladas y analizadas numéricamente para obtener la construcción de resultados verídicos, minimizando el índice de errores. Se trata de una investigación no experimental debido a que no se caracteriza por la introducción y manipulación del factor causal o de riesgo, sino que se observan los fenómenos en su ambiente para después analizarlos.

3.2 Tipo de Investigación

El tipo de investigación es de campo, observacional, descriptiva y transversal.

Campo: porque los datos son recolectados in situ, es decir en el hospital San Luis de Otavalo

Observacional: Porque el investigador no intervino, solo se limitó a observar y medir las variables del estudio en un tiempo real.

Descriptivo: Porque se analizaron y detallaron todos los pasos y las características que se realizan en la Atención del Parto Culturalmente Adecuado.

Transversal: Porque se analizó a la muestra en el sitio de estudio una sola vez en un periodo de tiempo sin haber la necesidad de realizar un seguimiento posterior.

3.3 Localización y Ubicación del Estudio

El Hospital San Luis de Otavalo está ubicado en la Calle Sucre y Estados Unidos, de la Parroquia Urbana el Jordán, de la ciudad de Otavalo, en la Provincia de Imbabura. El Cantón, cuenta con habitantes indígenas, mestizos y afro ecuatorianos.

3.4 Población

3.4.1 Universo

El universo, está conformado por todo el personal de salud del servicio de Centro Obstétrico y 814 madres que fueron atendidas en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo.

3.4.2 Muestra

El tamaño se constituyó por el personal de salud y 87 madres en puerperio inmediato que fueron atendidas en parto vertical.

3.4.3 Criterios de inclusión

Todas las madres de puerperio inmediato que aceptaron formar parte de la investigación. Personal de salud que participe en el PCA

3.4.4 Criterios de exclusión

Mujeres que realizaron parto vertical o humanizado, en el Hospital San Luis de Otavalo desde Diciembre a Mayo del 2016, que rechazaron participar en este estudio. Médicos y enfermeras que se hayan acogido a las vacaciones anuales o se encuentren en sus días libres.

3.5 Operacionalización de las Variables.

Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio.

Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Características Sociodemográficos	Conjunto de características sociales y demográficas relacionados con la condición de vida de la embarazada de una comunidad (57).	Etnia	Auto Identificación cultural	Mestiza Indígena Afro ecuatoriana Otra
		Estado civil	Establecido por el registro civil	Soltera Casada Unión Libre Viuda Divorciada
		Edad	Años cumplidos	Menores de 15 15 a 19 20 a 35 36 a 49
		Nivel de instrucción	Grado de escolaridad	Analfabeta Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria completa Superior
		Número de Embarazos	Número de hijos	De 1 a 3 embarazos De 4 a 6 embarazos Más de 7 embarazos

Determinar el nivel de conocimiento de la norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado en los profesionales que atienden en el HSLO.

Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Nivel de conocimiento	Información adquirida por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica practica de un asunto referente a la realidad (58).	Labor de Parto	Protocolo de manejo de la primera etapa de la labor de parto: dilatación y borramiento.	<p>¿Cómo debe ser la adecuación del área física para atención del parto? (*)</p> <p>¿Cuáles son los pasos en el diagnóstico y medidas iniciales de labor de parto? (*) (**)</p> <p>¿Cuáles son los pasos para la evaluación de la labor de parto y parto normal? (*)</p>
		Labor de Parto(Expulsivo)	Protocolo de manejo de la segunda etapa de la labor de parto normal.: expulsivo.	<p>¿Qué se debe hacer en los preparativos adecuados en el PCA? (*) (**)</p> <p>¿Cuál es el procedimiento al momento de la expulsión de la cabeza? (*)</p>

				¿Cuál es el procedimiento al final del parto e inicio del nacimiento? (*) (**)
		Labor de Parto(alumbramiento)	Protocolo de manejo de la tercera etapa de la labor de parto: alumbramiento.	<p>¿Cuál son los pasos en el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, administración de uterotónico? (*)</p> <p>¿Cuál son los pasos en el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, tracción controlada del cordón umbilical? (*)</p> <p>¿Cuál son los pasos en el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, masaje uterino? (*)</p> <p>¿Cuál es el procedimiento para la atención del recién nacido? (*)</p> <p>¿Cuáles son las tareas posteriores al procedimiento del parto? (*) (**)</p>

Nota: (*) Norma

(**) Protocolo

Verificar el cumplimiento de la norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado según estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Cumplimiento de la norma y protocolo	Procedimiento de atención de servicios de salud sexual y reproductiva, que incorporan prácticas y procedimientos ancestrales de las comunidades indígenas y campesinas, con enfoque intercultural, orientado a disminuir los indicadores de mortalidad materna e infantil e incrementar la población que accede a los servicios públicos de salud (6).	Labor de Parto	Protocolo de manejo de la primera etapa de la labor de parto: dilatación y borramiento.	<p>¿Cumple con la adecuación del área física para atención del parto? (*)</p> <p>Si () No ()</p> <p>¿Cumple con el diagnóstico y medidas iniciales? (*) (**)</p> <p>Si () No ()</p> <p>¿Cumple con la evaluación de la labor de parto y parto normal? (*)</p> <p>Si () No ()</p>
		Labor de Parto (expulsivo)	Protocolo de manejo de la segunda etapa de la	¿Cumple con los preparativos adecuados en el PCA? (*) (**)

			labor de parto normal.: expulsivo.	<p>Si () No ()</p> <p>¿Cumple con todos los procedimientos al momento de la expulsión de la cabeza? (*)</p> <p>Si () No ()</p> <p>¿Cumple con el procedimiento al final del parto e inicio del nacimiento? (*) (**)</p> <p>Si () No ()</p>
		Labor de parto alumbramiento	Protocolo de manejo de la tercera etapa de la labor de parto: alumbramiento.	<p>¿Cumple con el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, administración de uterotónico? (*)</p> <p>Si () No ()</p> <p>¿Cumple con el manejo activo de la tercera etapa</p>

				<p>de la labor de parto, tracción controlada del cordón umbilical? (*)</p> <p>Si () No ()</p> <p>¿Cumple con el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, masaje uterino? (*)</p> <p>Si () No ()</p> <p>¿Cumple con la atención del recién nacido? (*)</p> <p>Si () No ()</p> <p>¿Cumple con las tareas posteriores al procedimiento? (*) (**)</p> <p>Si () No ()</p>
--	--	--	--	---

Nota: (*) Norma

(**) Protocolo

3.6 Métodos y Técnicas para la Recolección de la Información

Encuesta

Es una técnica que consiste en el diseño de un cuestionario con preguntas formuladas en base a items las mismas que son Abiertas. La misma que se aplicará a los profesionales que atienden el Parto Culturalmente Adecuado.

Check List

Se realizó un listado de chequeo a la sala de partos para determinar si cuenta o no con el mobiliario, equipos, medicamentos y materiales culturalmente adecuados para la atención del parto, también otro check list para determinar el cumplimiento de la norma y protocolo de atención del PCA.

Observacion

La observacion directa, a traves de la cual se controlara la aplicación de la Norma y Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Es la técnica que más uso hago, ya que el permanente contacto con los hechos y acontecimientos permite captar información muy valiosa, no solo para la ejecución del proyecto sino también para el informe final.

3.7 Análisis de datos

Una vez aplicado el instrumental de investigación se recogieron datos que fueron tabulados en una base de datos laborado en Microsoft Excel. Se analizaron los datos obtenidos y se expresó en gráficos de barras para una mayor asimilación, posterior se realizó el análisis e interpretación de datos, de ese modo se logró inferir las conclusiones.

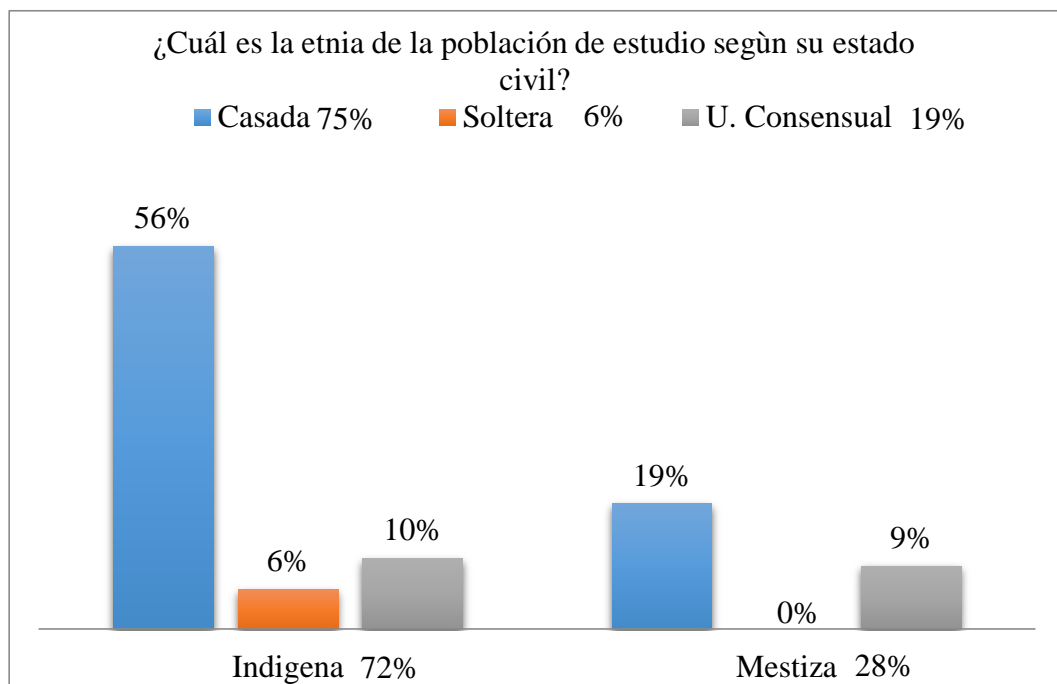
CAPÍTULO IV

1. Resultado de la Investigación

Para obtener los resultados de esta investigación se ha diseñado una encuesta que satisfaga los objetivos planteados, la misma que ha sido aplicada a todas aquellas personas que se encuentran dentro de los criterios de inclusión, con los datos obtenidos se ha creado una base de datos en el programa Microsoft Excel 2013, los mismos que posteriormente fueron tabulados y representados en gráficos de barras, a continuación se presentan los principales resultados:

4.1 Datos sociodemográficos

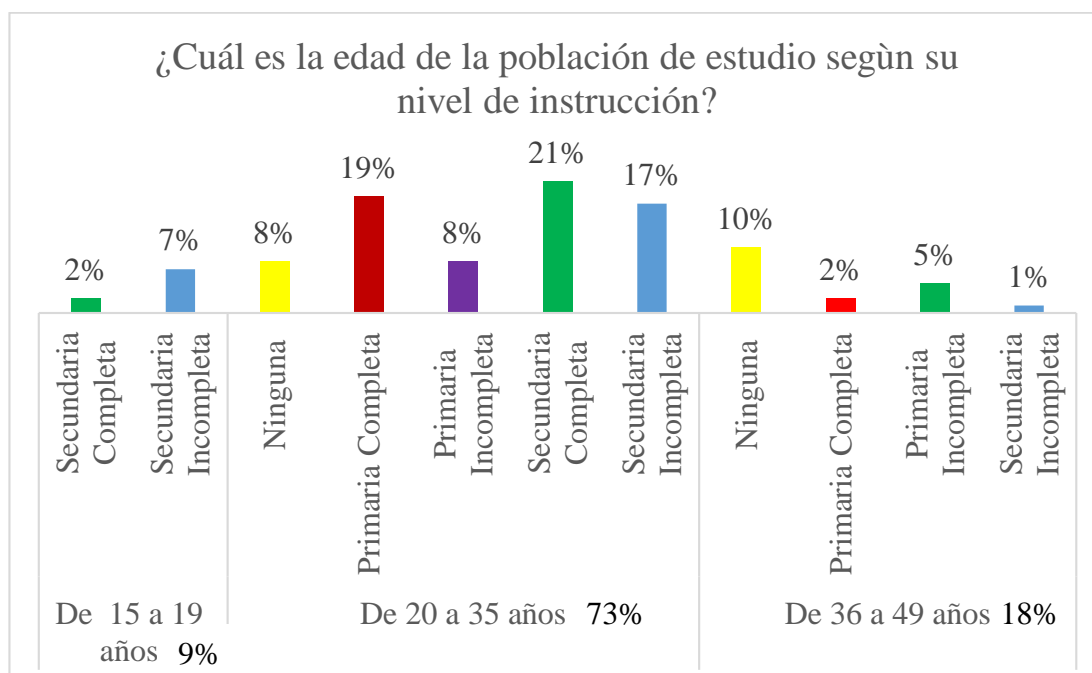
Gráfico 1 Etnia y Estado Civil



Análisis y discusión: Se puede determinar que el 72% de la población encuestada es de etnia indígena, y un 28 % mestiza, podemos evidenciar que la mayoría de estado

civil casadas con 56% son indígenas y apenas un 10% pertenecen al estado civil de unión consensual. La composición étnica de la población de Otavalo, según el Gobierno Autónomo Municipal de Otavalo es mayoritariamente indígena, en menor proporción mestiza y en una mínima representación afro ecuatoriana, con relación al estado civil la población de Otavalo refleja una realidad que evidencia una estructura familiar organizada. En relación a los resultados del presente estudio coincide con la Organización Panamericana de la Salud 2008, en la cual se evidencia que: el contenido americano está compuesto por un poco más de 600 grupos étnicos, principalmente en los países de Bolivia, Perú y Ecuador se encuentran 20 millones de indígenas de las etnias Kichwas y Aymara. Así también la mayoría son casadas debido al respeto en la sociedad (8). Los porcentajes obtenidos en las participantes de la investigación en el Hospital San Luis de Otavalo son similares a las estadísticas cantonales.

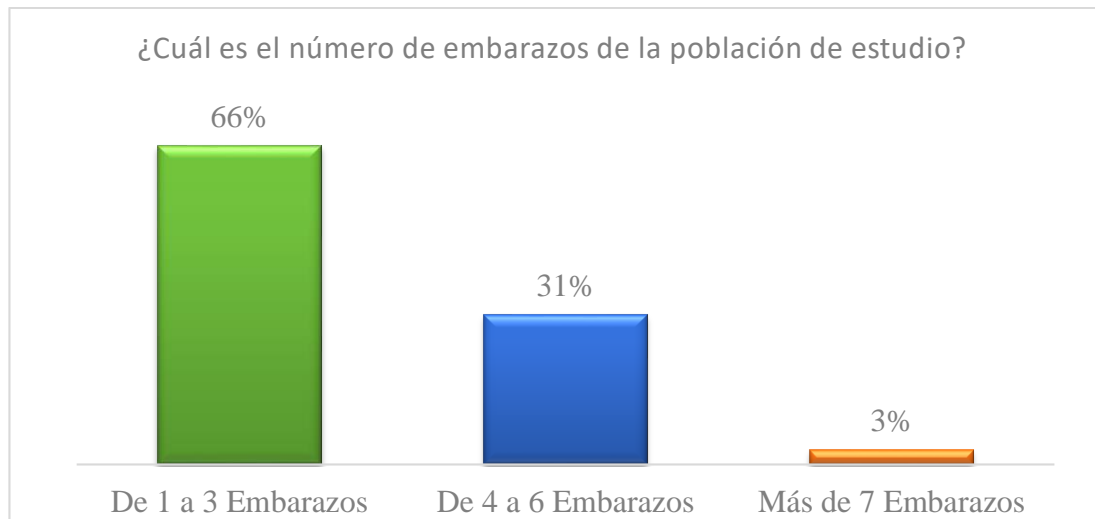
Gráfico 2. Edad y Nivel de Instrucción



Análisis y discusión: La edad predominante de las mujeres en puerperio inmediato que recibieron atención en parto vertical es de 20 a 35 años con un 73%; en cuanto al nivel de instrucción se evidencia un 13% no han culminado la primaria y un 18% son analfabetos. Según datos del Instituto Nacional de estadística y censo 2010 en las zonas rurales solo un 65% han terminado la primaria y un 9% no tienen ningún estudio (59). En estudios realizados por el Instituto Nacional Materno Neonatal de Perú la edad promedio de mujeres embarazadas es de 25 a 29 años de edad con un 75%.

El hecho de estar embarazadas muchas de las mujeres abandonan sus estudios, o en algunos de los casos suspenden sus estudios por un año o más, por tanto, el embarazo constituye la razón más importante para dejar de estudiar, ya que muchas de las mujeres optan por trabajar. Los porcentajes obtenidos en las participantes de la investigación en el Hospital San Luis de Otavalo son similares a las estadísticas cantonales.

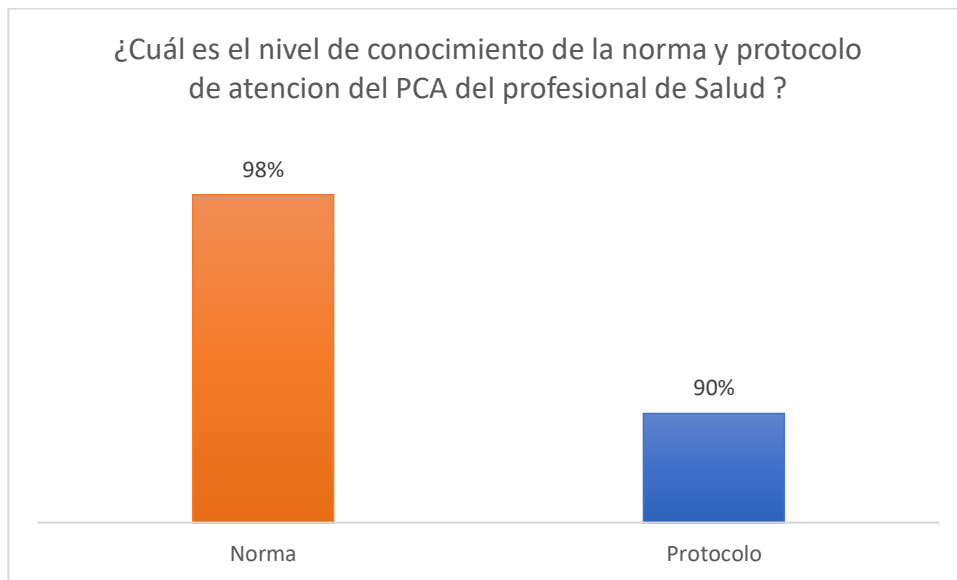
Gráfico 3. Número de Embarazos



Análisis y discusión: La mayoría de las mujeres que recibieron atención de parto en el Hospital San Luis de Otavalo son multigestas, lo que en otras palabras significa que la población de estudio está constituido con más de un hijo, es por ello que el 66% representa a mujeres de 1 a 3 embarazos, el 31% de 4 a 6 embarazos y un 3% de más de 7 embarazos. Si se toman como referente, los estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo que proyectan una población del Ecuador para los próximos 40 años, estableciendo un promedio de 5 miembros por familia (10), se evidencia que los hogares ecuatorianos y entre ellos, los de la ciudad de Otavalo mantienen un índice reproductivo de 3 hijos en cada hogar. Los porcentajes obtenido en las participantes de la investigación en el Hospital San Luis de Otavalo son similares a las estadísticas cantonales.

4.2 Nivel de conocimiento de la norma y protocolo de atención del PCA del personal de salud que atiende en el hospital San Luis de Otavalo.

Gráfico 4. Nivel de conocimiento



Análisis y discusión: Se puede determinar que el personal de salud que atiende en el hospital San Luis de Otavalo tiene un excelente nivel de conocimiento sobre la norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado con un 98% y 90 % respectivamente. Un estudio publicado en la revista Scielo del Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe establece que el personal de Salud tiene suficiente conocimiento en el tema de la Atención del Parto Culturalmente Adecuado y cumplen con la norma y protocolo de atención en las diferentes etapas del parto (60). Las capacitaciones brindadas por el Ministerio de Salud Pública hacia todos los profesionales de Salud sobre la norma y protocolo de atención obtuvieron excelentes resultados. Los resultados obtenidos en las participantes de la investigación en el Hospital San Luis de Otavalo son similares a los resultados del hospital Cayambe.

4.3 Cumplimiento de la norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado por los profesionales

Tabla. 1 Labor de Parto

Norma y Protocolo de manejo de la primera etapa de la labor de parto: dilatación y borramiento:	SI	NO
✓ Adecuación del área física para atención del parto	Si	
✓ Diagnóstico y medidas iniciales	70	17
✓ Evaluación de la labor de parto y parto normal	85	2

Análisis y discusión: Se puede evidenciar que el hospital San Luis de Otavalo cuenta con una adecuación del área física según las necesidades de la población y sus costumbres, podemos decir que el profesional de la salud no cumple a cabalidad con los diagnósticos iniciales lo que dificulta el ingreso de la población a la institución de salud, al igual que no realizan una evaluación exhaustiva de la labor de parto lo que puede traer complicaciones tanto para la madre como para el neonato. Un estudio realizado por Villa Romero Verónica Daniela; Vinuesa Sierra Gloria Elizabeth con el tema: Percepciones y niveles de satisfacción respecto al parto culturalmente adecuado en las parturientas que son atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía los resultados en la satisfacción sobre la atención recibida son similares a nuestros resultados tuvieron una buena información, interacción, buen trato, no la explicación como la necesitaban pero la recibieron, les dieron a conocer la sala de partos verticales las mismas que tenían las adecuaciones similares a de un parto domiciliario, entre otras cosas que ayudan a la parturienta a entrar en confianza y no arrepentirse de haber acudido al hospital para ser atendida (60). Los resultados obtenidos en el Hospital San Luis de Otavalo no son similares a los resultados del hospital de Cayambe, pese a las capacitaciones recibidas por el MSP aún existen falencias al momento de la práctica.

Tabla 2 Labor de Parto: Expulsivo

	SI	NO
Norma y Protocolo de manejo de la segunda etapa de la labor de parto normal.: expulsivo:		
✓ Preparativos	70	17
✓ Expulsión de la cabeza	84	3
✓ Finalización del parto, inicio del nacimiento	74	13

Análisis y discusión: Estos ítems depende mucho del estado de la madre ya que muchas llegan en etapa expulsiva por lo que el profesional con la finalidad de atender lo antes posible a la madre no toma en cuenta la vestimenta y la ingestión de bebidas medicinales, pero las pacientes refieren que ya ingirieron antes alguna bebida medicinal recomendada por familiares o partera. Un estudio realizado en el Hospital Raúl Maldonado Media de Cayambe se evidencio que 67% de las parturientas utilizaron su vestimenta para el parto, también un 80% ingirieron alimentos y aguas medicinales en la sala de labor, el 75% tubo un parto ritualizado, datos nada similares a nuestra investigación (61). El profesional que atiende los partos verticales debe capacitarse en la práctica y aceptación de las costumbres y prácticas culturales de las diferentes culturas, para de esta manera brindar una atención de calidad y calidez, respetando su cosmovisión.

Tabla 3 Labor de Parto: alumbramiento

Norma y Protocolo de manejo de la tercera etapa de la labor de parto: alumbramiento:	SI	NO
✓ Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto. Administración de uterotónico.	87	
✓ Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto. Tracción controlada del cordón umbilical.	85	2
✓ Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto.: masaje uterino	85	2
✓ Atención del recién nacido	87	
✓ Tareas posteriores al procedimiento.	78	9

Análisis y discusión: Todos los profesionales que atienden el parto vertical en el hospital San Luis de Otavalo están capacitados en la atención de una parto normal donde saben los pasos que se realiza en cada etapa de parto en lo que aún existe falencias es al momento de realizar un práctica tradicional donde simplemente no lo hacen o no saben cómo hacer, es por eso que al momento de la administración de un uterotónico lo realizan sin ningún problema, realizan un buen pinzamiento del cordón, brindan los masajes uterinos, dan información sobre métodos anticonceptivos y signos de alarma durante el puerperio, realizan una excelente atención del recién nacido, pero aún existe la falta de ritualizar al parto según las necesidades de la población.

Un estudio realizado en la provincia de Guayas en el año 2014, en la Área de consulta Externa del Hospital Materno Infantil " Matilde Hidalgo Del Procel", los resultados que se obtuvieron fueron una gran satisfacción en la atención del recién nacido, sobre las capacitaciones de las prácticas de lactancia materna observamos que solo el 18% la recibió y el 22% indico nunca haber recibido, el 25% rara vez y un 35% recibió capacitación a veces (62). Todos los profesionales que prestan sus servicios en las

unidades de salud deben estar capacitados para educar a las pacientes sobre signos de alarma en la madre y el recién nacido, lavado de manos, beneficios de la lactancia materna, cuidados del recién nacido para de esta manera prevenir problemas futuros. Los resultados obtenidos en el Hospital San Luis de Otavalo no son similares a los resultados del hospital Materno Infantil, pese a las capacitaciones recibidas por el MSP aún existen falencias al momento de la práctica.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- ✓ De las mujeres que hacen uso del PCA la edad predominante es de 20 a 35 años, las mimas que en su mayoría son casadas, más de la mitad de la población pertenecen a la etnia indígena, el nivel de escolaridad es relativamente baja primaria incompleta.
- ✓ El nivel de conocimiento del personal de Salud fue alto, ya que todo el equipo de salud conoce la norma y protocolo de atención del parto culturalmente adecuado de manera excepcional, pero su atención se reduce al 85% misma que se califica como muy buena.
- ✓ El personal de salud, cumple parcialmente con la norma y protocolo de atención del PCA, debido a que el personal prefiere que la paciente no consuma bebidas medicinales, evidenciándose un déficit en el conocimiento sobre los beneficios de las plantas medicinales así como también el no permitir el uso de la vestimenta de su comunidad.
- ✓ Se elaboró una guía educativa con la finalidad de ser un aporte de gran importancia para los profesionales que laboran en la unidad de salud puesto que en ella se respalda la característica de atención del parto vertical, el respeto a sus prácticas culturales, el acompañamiento y sobre todo al protocolo menos cumplido.

5.2 Recomendaciones

- ✓ Al Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Otavalo, al Ministerio de Educación y al Ministerio de Salud Pública tomar en cuenta estos datos sociodemográficos ya que reflejan una realidad sobre las condiciones de vida de las mujeres en las zonas rurales con pocos estudios y poco acceso a salud que realicen campañas de educación y de salud que ayude a disminuir los índices de analfabetismo y propiciar el acercamiento con las unidades de salud.
- ✓ Al personal de salud revisar continuamente la norma y protocolo de la atención del PCA y continuar con el aprendizaje sobre la atención del parto cultural para dar cumplimiento a los estándares establecidos.
- ✓ Al personal de Salud poner interés en conocer las costumbres, entre ellos las propiedades de las plantas medicinales capacitarse sobre el idioma Kichwa para mejorar la comunicación entre el personal y el usuario.
- ✓ A las futuras generaciones de personal de salud, se recomienda el uso de esta guía como material referencial para la atención del parto vertical.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Primera ed. Yépez E, editors. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2008
2. Ministerio de Salud Pública. Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo. Primera ed. Pozo S, editors, Otavalo: Ministerio de Salud Pública; 2010.
3. Fundación Salud y Naturaleza. Libro Blanco de los herbolarios y el parto vertical. Primera ed. Naturaleza FSy, editor. Madrid: Zagrheca S.L; 2009
4. Promocion de la Salud. Amplian servicio de parto vertical humanizado. Primera ed. Centro de Noticias editors.Mexico:Promocion de la Salud 2015.
5. Mejia K, Rengifo E. Parto vertical en la Amazonia. Segunda ed. Uldemilins E, editor. Perú: Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana y agencia española de cooperación internacional; 2008.
6. Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica Para la Atencion del Parto Culturalmente Adecuado. Primera ed. Pozo S, Fuentes G, Yepez E, editors. QUITO: Ministerio de Salud Pública; 2008.
7. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de atencion del Parto Culturalmente Aduacuado. Primera ed. Pozo S, Fuentes G, Yépez E, editors. QUITO: Ministerio de Salud Pública; 2008.
8. Carla Maribel Cárdenas Rosero, Soraya Elizabeth Cachiguango Quinaluisa. Impacto y acogida del parto culturalmente adecuado por el equipo De profesionales de salud del Hospital San Luis De Otavalo en el año 2011 – 2012. Tesis licenciatura. Ibarra: Universidad Técnica de Norte, Carrera de Enfermería; 2012.
9. Ministerio de Salud Pública-Coordinación Zonal 2. Por un Parto Culturalmente Adecuado: un derecho de las mujeres y los recién nacidos. Primera ed. Pública MdS, editor. Cayambe: MSP; 2010.

- 10 Instituto Nacional de estadística y censo. [Online].; 2010. Available from:http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es.
- 11 Medina A. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Salud. Revista Salud. 2006 Julio; I (21).
- 12 Arnau Sánchez J, Martínez Roche E, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Muñarriz L. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado el caso del área 1 de salud de la región de Murcia. Revista de Antropología Iberoamericana. 2012 Mayo; 7(2).
- 13 Miguel Angel Luque Fernández MIOR. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. Revista Salud. 2005 Mayo; I(1).
- 14 Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Scielo. 2012 Julio; I(38).
- 15 Dra. Ninoska, Dra. Sonia Ayllón, Dr. Marcelo Vallejo, Lic. Kirsten Hansen-Day, Beneficios De La Posición Vertical Para La Atención Del Parto. Scielo. 2010 Enero; I(26).
- 16 Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales sede Ecuador. FLACSO Andes. [Online].; 2010 [cited 2016 Junio 02. Available from: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/Cant%C3%B3n%20Otavalo.pdf.
- 17 Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Sistema Nacional de Información. [Online].; 2010 [cited 2016 Junio 02. Available from: http://app.sni.gob.ec/snmlink/sni/Portal%20SNI%202014/FICHAS%20F/1004_OTAVALO_IMBABURA.pdf.
- 18 Ministerio de Salud Pública. Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo. Primera ed. Pozo S, editors, Otavalo: Ministerio de Salud Pública; 2010.
- 19 Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. Primera ed ed. Vance C , editor. Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP ; 2015.

- 20 Harvey A Steven y Jorge. Propuesta de Investigación Operativa: "Efecto de la adaptación cultural de la atención Obstétrica sobre la satisfacción de las usuarias en cuanto a la labor de parto y el parto". Scielo. 2016 Enero; I (12).
- 21 Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Segunda ed. OMS, editor. Ginebra: OMS; 2013.
- 22 Oswaldo Salaverry. Interculturalidad en Salud. Scielo.2010 Marzo; I (12.)Salud . OMDL. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. OMS. Segunda ed. ed. eG, editor. Quito: OMS; ; 2013..
- 23 Aguirre Vidal Gladys y Letty viteri Gualinga. Política Intercultural en Salud y . Derechos Sexuales. Revista Científica en Enfermería. 2008 Mayo; I (23).
- 24 Ayala Mora, E. Interculturalidad. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar. . 2014.
- 25 Lincango J. Grupos Étnicos del ecuador. [Online]; 2013 cited 2016 Junio 15. . Available from: <http://gruposetnicosec.blogspot.com/2013/04/cofan.es.html>.
- 26 Nurena CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud . peruano: la atención del parto vertical. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009 Octubre; 26(4).
- 27 Ministerio de Salud Pública. Componente Normativo Materno Neonatal. Primera . ed. Caroline Chang Campos D, editor. Quito: Ministerio de Salud; 2008.
- 28 SNS, Ministerio de sanidad y política social. Guía de práctica clínica sobre la . atención del parto normal. Primera ed. Nagusia EJAZ, editor. Vitoria-Vasco: RGM, S.A. Polígono Igeltzera; 2010.
- 29 SNS.. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.. Primera . edición. Ministerio de Sanidad, editor España: Ministerio de Sanidad; 2014.
- 30 García Martínez J. Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. In García . Martínez MJ. Cultura de los cuidados. Sevilla; 2008. p. 40-41.
- 31 Arnau Sánchez J, Martínez Roche E, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales . López R, Álvarez Muñarriz L. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado el caso del área 1 de salud de la región de Murcia. Revista de Antropología Iberoamericana. 2012 Mayo; 7(2).

- 32 SNS CONASA. Plan de Acción Y Política de salud y Derechos Sexuales y . Reproductivos 2006-2008. Primera ed. IGM, editor. Guayaquil: IGM; 2007.
- 33 Flores de Rolando PD, González Quintanilla JI. Factores que influyen en la . atención del parto extra hospitalario en mujeres del municipio de Chilanga, Morazán, enero-junio 2011. Tesis doctoral. San Miguel: Universidad de El Salvador, Departamento de salud; 2011
- 34 Ministerio de Salud Pública. Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de . las mujeres y de los recién nacidos. Primera ed. Chang C, editor. Cayambe: CARE Internacional en el Ecuador; 2011.
- 35 Flores de Rolando PD, González Quintanilla JI. Factores que influyen en la . atención del parto extra hospitalario en mujeres del municipio de Chilanga, Morazán, enero-junio 2011. Tesis doctoral. San Miguel: Universidad de El Salvador, Departamento de salud; 2011
- 36 Llumiyinga Angamarca d. Conocimientos y prácticas ancestrales del parto . tradicional en las mujeres de la cultura Saraguro, año 2011. Tesis Doctoral. Loja: Universidad Nacional de Loja, Departamento de Medicina; 2012.
- 37 El Telégrafo. El parto indígena, un ritual de vida. El Telégrafo. 2016 Abril 30: p. . 2.
- 38 Domínguez Cano P, Gonzalo del Moral T, Lainez Villabona B, Eligio Torres M. . Guía de Asistencia del parto en casa. Primera ed. Barcelona COdd, editor. Barcelona: Col•legi Oficial enfermería de Barcelona; 2010.
- 39 Almeida de Mattos M. Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero . obstetra. Scielo. 2012 Julio; 11(27).
- 40 Laza Vásquez C, Ruiz de Cárdenas C. El saber de la partera tradicional del valle . del río Cimitarra: cuidando la vida. Scielo. 2012; II (15).
- 41 Arnau Sánchez J, Martínez Roche E, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales . López R, Álvarez Muñarriz L. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado el caso del área 1 de salud de la región de Murcia. Revista de Antropología Iberoamericana. 2012 Mayo; 7(2)
- 42 Gupta JK HG. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de . parto. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 1(1).

- 43 Franco N, Ayllón S, Vallejo M, Hansen K. Beneficios de la posición vertical para . la atención del parto. Scielo. 2010 Septiembre; 21(1).
- 44 Castillo Ayarza M, Cahuata Mosqueira A, Calle Brush AMSR. Complicaciones . del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Enero a julio del 2012. Horizonte médico. 2014 Marzo; 14(1).
- 45 Ministerio de Salud Pública-Sistema Nacional de Salud-Consejo Nacional de . Salud. Guía Técnica para la Atención del parto culturalmente adecuado. Primera ed. Lic. Pozo S, Dra. Fuentes G, Dra. Calderón L, editors. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2008.
- 46 Harvey, A. Steven y Jorge. Propuesta de Investigación Operativa: "Efecto de la . adaptación cultural de la atención Obstétrica sobre la satisfacción de las usuarias en cuanto a la labor de parto y el parto". Scielo. 2016. Enero. I(20)
- 47 Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de SNS, Subproceso de Salud . Intercultural. Estándares e Indicadores para el Monitoreo De La Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Primera ed. Equipo Técnico de Salud de la Mujer, Equipo Técnico de Salud Intercultural editors. Quito: Ministerio de Salud Pública 2011.
- 48 Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de SNS, Subproceso de Salud . Intercultural. Módulos de sensibilización en atención materna culturalmente adecuada para el personal de salud. Primera ed. Equipo Técnico de Salud de la Mujer, Equipo Técnico de Salud Intercultural editors. Quito. Dra. Genny Fuentes. 2011.
- 49 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Definición del Rol de las Parteras en el . Sistema Nacional. Primera ed. González D, Corral J, editors. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2010.
- 50 Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Adecuación Cultural del . Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural. Primera ed. Técnico de Salud de la Mujer, Equipo Técnico de Salud Intercultural editors. Quito: Ministerio de Salud 2011.
- 51 Ministerio de Salud Pública. Posiciones en el Expulsivo. Revista Científica de . Enfermería 2010 Mayo; I (12).

- 52 Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de SNS, Subproceso de Salud Intercultural. Estándares e Indicadores para el Monitoreo De La Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Primera ed. Equipo Técnico de Salud de la Mujer, Equipo Técnico de Salud Intercultural editors. Quito: Ministerio de Salud Pública 2011.
- 53 Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. 1st ed. IGM, editor. Quito: IGM; 2008.
- 54 Asamblea Nacional Constituyente. Ley Orgánica de Salud. Primera ed. IGM, editor. Quito: IGM; 2012.
- 55 SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir. Primera ed. editor I, editor. Quito: IGM; 2013.
- 56 Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. In Consejo Internacional de Enfermeras; 2012; Ginebra. p. 12.
- 57 Lizandra Flores Pimenta 1 SCdS2CNB3LBR4. La cultura interfiriendo en el deseo sobre el tipo de parto. Revista Journal of Research Fundamental Care Online. 2014; 6(3).
- 58 Quizhpe Lozano EL. Parto Culturalmente Adecuado: Aceptación en el equipo de Salud e Impacto en las Usuarias del Hospital de Saraguro. Scielo 2016. Enero: I (18).
- 59 Ministerios de Educación. Estadística Educativa. Reporte de Indicadores. Primera ed. Quito; 2015.
- 60 Villa Romero VD, Vinuesa Sierra GE. Percepciones y niveles de satisfacción respecto al parto culturalmente adecuado en las parturientas que son atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía durante los meses de mayo y junio del 2012. Universidad Católica del Ecuador. 2012 Octubre; 1(12).
- 61 Chalán Quispe LV, Guamán Chalán MY. Concepciones y Prácticas en la Atención del Embarazo, Parto y Postparto de las Parteras Tradicionales de las Comunidades Indígenas. Primera ed. Geraldina M, editor. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2014.

62 Macarro Ruiz D, Miguelez Llamazares L, Martínez Martín E, Martínez Galán P,
. Manrique Tejedor J. Fitoterapia en Embarazo y Lactancia: ¿Beneficio O Riesgo?
RECIEN Revista Científica de Enfermería. 2014 Noviembre; IV (9).

ANEXOS

Anexo 1 Encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

“PARTO HUMANIZADO E INTERCULTURALIDAD EN LAS ZONAS 1 Y 2 DE ECUADOR”

ENCUESTA PARTO HUMANIZADO E INTERCULTURALIDAD

Instructivo

Las respuestas que sean obtenidas mediante esta técnica es de carácter confidencial la cual tiene fines netamente de investigación, conteste las siguientes preguntas:

Nota: (*) Norma de atención del parto culturalmente adecuado

(**) Protocolo de atención del parto culturalmente adecuado

¿Cómo debe ser la adecuación del área física para atención del parto? (*)

¿Cuáles son los pasos en el diagnóstico y medidas iniciales de labor de parto? (*) (**)

¿Cuáles son los pasos para la evaluación de la labor de parto y parto normal? (*)

¿Qué se debe hacer en los preparativos adecuados en el PCA? (*) (**)

¿Cuál es el procedimiento al momento de la expulsión de la cabeza? (*)

¿Cuál es el procedimiento al final del parto e inicio del nacimiento? (*) (**)

¿Cuál son los pasos en el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, administración de uterotónico? (*)

¿Cuál son los pasos en el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, tracción controlada del cordón umbilical? (*)

¿Cuál son los pasos en el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, masaje uterino? (*)

¿Cuál es el procedimiento para la atención del recién nacido? (*)

¿Cuáles son las tareas posteriores al procedimiento del parto? (*) (**)

Anexo 2 Checklitz



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

**“PARTO HUMANIZADO E INTERCULTURALIDAD EN LAS ZONAS 1 Y 2
DE ECUADOR”**

Datos Generales

Cedula de Identidad:

Etnia:

Estado Civil:

Soltera () Casada () Divorciada () U. Consensual () Viuda ()

Edad:

Nivel de Instrucción:

Ninguna () Primaria Incompleta () Primaria completa ()

Secundaria Incompleta () Secundaria Completa () Superior ()

Numero de Embarazo:

Protocolo de atención del Parto culturalmente adecuado	de	Normativa de atención Culturalmente adecuada del parto	SI	NO
		*		

<p>Protocolo de manejo de la primera etapa de la labor de parto: dilatación y borramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adecuación del área física para atención del parto ✓ Diagnóstico y medidas iniciales ✓ Evaluación de la labor de parto y parto normal 	<p>** 1. Recibir a la paciente de forma respetuosa y cordial, evitar emplear palabras que le resulten difíciles de comprender.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establezca una adecuada interacción con la partera y familiares de la paciente. 2. Evalúe a la paciente, realice el interrogatorio inicial determinando los factores de riesgo para establecer el nivel de atención que requiere la misma. 4. Explique en forma sencilla los procedimientos que se realizarán y haga conocer, a la paciente y sus acompañantes, el área física en donde se atenderá el parto. 5. Escuche atentamente y responda las inquietudes de la paciente y sus acompañantes en forma sencilla, evite emplear términos técnicos. 9. Permita que la paciente ingiera bebidas medicinales según la costumbre de la comunidad, solo si su efecto conocido no es perjudicial para la madre o el niño. En caso de no conocer sus efectos, dialogue con la partera o partero para presentar otras alternativas. 		
	<p>***</p>		

<p>Protocolo de manejo de la segunda etapa de la labor de parto normal.: expulsivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparativos ✓ Expulsión de la cabeza ✓ Finalización del parto, inicio del nacimiento 	<p>*2. Establezca una adecuada interacción con la partera y familiares de la paciente.</p> <p>6. Permita que la partera, partero y/o su acompañante intervengan en la preparación de la paciente, que la ropa que se acostumbra a usar en la comunidad para este evento, sea usada por la paciente.</p> <p>7. Asegúrese de que la medicación, instrumental e insumos médicos que requerirá para la atención del parto estén listos para ser utilizados en su momento.</p> <p>8. No imponga una determinada posición a la paciente durante el trabajo de parto, deje que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad.</p>		
	**		
	**11. Debe promover el apego emocional y la lactancia precoz entre la madre y el bebé.		
<p>Protocolo de manejo de la tercera etapa de la labor de parto: alumbramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto. Administración de uterotónico. ✓ Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto. Tracción controlada del 	*		
	**		

	*****12. Antes de dar el alta médica, proporcione asesoramiento anticonceptivo de ser posible con la participación de la pareja y la mediación de la partera cuando exista rechazo de parte de la pareja.		
	<p>13. Al dar el alta, informe a la paciente de los signos de alarma del puerperio que requieren atención médica inmediata.</p> <p>14. Recomiende el aseo de las manos, y corte de las uñas de la madre antes de la lactancia a fin de</p>		

<p>cordón umbilical.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto.: masaje uterino ✓ Atención del recién nacido ✓ Tareas posteriores al procedimiento. 	<p>evitar enfermedades diarreicas en el infante.</p> <p>15. Indique a la paciente que debe acudir al control postparto luego de una semana.</p>		
--	---	--	--

Lista de chequeos: Insumos y equipamiento.

Checklitz:

Provincia:Área de Salud N°:

Unidad Operativa: Fecha de la medición:

Mes y año evaluado: Responsable de la medición:

Lista de chequeo: INSUMOS Y EQUIPAMIENTO ESENCIALES.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple: Cumple		
1. Dos sillas		
2. Un taburete		
3. Una estantería, vitrina u otro mueble con almacenamiento de plantas medicinales propias de la zona (en sala de labor)		
4. Un dispensador de agua (en sala de labor)		
5. Una estufa, o cocineta, o cocina, para preparar aguas medicinales (en sala de labor)		
6. Una fuente de calor (calefactor) en Unidades de Salud de la región sierra		
7. Una cama apropiada para parto culturalmente adecuado		
8. Una colchoneta		
9. Tres juegos de campos para la colchoneta		
10. Un sistema de sujeción de apoyo para pacientes sujeta al techo		
11. Un sistema de sujeción de apoyo para pacientes sujeta a la pared		
12. Dos recipiente para recoger la placenta		
13. Tres fundas de agua caliente		
14. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para la parturienta, según la región geográfica (sierra, costa, Amazonía e insular)		

15. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para el/a acompañante, según la región geográfica (sierra, costa, amazonía e insular)		
16. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para el personal de salud que atiende el parto, según la región geográfica (sierra, costa, amazonía e insular)		
17. Un lavabo y jabón líquido antiséptico		
18. Tres equipos de instrumental completo para la atención del parto		
19. Un tensiómetro		
20. Un estetoscopio		
21. Una lámpara cuello de ganso		
22. Dos soportes para suero		
23. Dos recipientes para corto punzantes		
24. Rotulación en los idiomas locales del ingreso a la Unidad de Salud, sala de labor, sala de partos, sala de recuperación y hospitalización,		

Anexo 3 Portada de la Guía Educativa para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado.



Anexo 4 Protocolo de atención del parto culturalmente adecuado.

Se utilizará la Hoja de Partograma del CLAP-OPS/OMS que se encuentra en el reverso de la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 para controlar, registrar y evaluar el progreso de la labor de parto.

ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA PARA ATENCIÓN DEL PARTO

El espacio físico debe ser adecuado a la realidad y necesidades culturales y ambientales de la localidad (estera, silla, colchonetas).

El área física para realizar un Parto Culturalmente Adecuado debe evitar el color blanco o muy claro en sus paredes (en algunas culturas andinas el color blanco representa la muerte, además muchas pacientes se incomodan al pensar que van a ensuciar o manchar los entornos de colores claros), debe permitir el libre movimiento de la embarazada, debe disponer de un área para calentar aguas medicinales, debe disponer de ropa cómoda y caliente para la embarazada (faldón y camión evitar ropas con grandes aberturas en su área anterior o posterior), debe disponer de ropa cómoda para los familiares, partera o partero y equipo médico que asistirá en la atención, que incluyan botas de tela (debe evitarse el uso de ropa identificada como de uso hospitalario), debe existir colchoneta y paños estériles de diferentes colores para ser usada de requerirse en la fase activa de la dilatación.

DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES

1. Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y explíquele (también a la persona que le apoya, sea ésta su familiar o su partera) de manera clara y con términos no técnicos, lo que va a realizar.

Considere y respete las prácticas habituales de la comunidad a la que pertenecen en lo relacionado a la atención del parto, escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de comprender.

2. Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo. Adapte el ambiente en lo posible a los requerimientos de la gestante.

3. Si la paciente no se realizó controles prenatales previos, explíquese cómo será el proceso del parto para disminuir el temor a lo desconocido sobre todo en pacientes nulíparas. En lo posible, hágale conocer las instalaciones físicas en donde será atendida y al personal que le prestará asistencia.
4. Asegure el acompañamiento de la pareja, familiar, partera o partero en todas las instancias de la labor de parto.
5. Recauda la información de la paciente si no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal, no olvidar que la partera o partero podría aportar información adicional.
6. Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal.
 - Preguntar a la paciente si ha tenido contracciones (no necesariamente acompañadas de dolor, las primeras contracciones pueden ser indoloras), pérdida de líquido a través de la vagina, eliminación de tapón mucoso o sangrado genital.
 - Averiguar si ha tomado aguas medicinales o naturales para apurar el parto.
7. Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal. Explicar a la paciente en lo que consiste el examen y obtener su consentimiento antes de tomar la muestra sanguínea).
8. Identifique factores de riesgo que determinen el nivel de atención de la paciente (parto pre término, rotura de membranas de más de 12 horas, fiebre, hemorragias o patologías del alumbramiento en embarazos anteriores, signos de sufrimiento fetal o alteraciones del estado materno).
9. Realice una evaluación clínica inicial identificando signos de alarma que determinen el nivel de atención de la paciente, éste examen debe incluir: presión arterial, frecuencia cardíaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura, siempre explicando a la paciente lo que se va a realizar y solicitando apoyo a la familia y partera o partero para el consentimiento de la paciente.
10. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional.

11. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.

12. Ausculte la frecuencia cardíaca fetal durante un minuto con cualquier método (el de elección es la auscultación intermitente) y durante un minuto completo inmediatamente después de una contracción uterina.

13. Control y Registro de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, evaluadas clínicamente por un lapso de 10 minutos.

14. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables o sometidos a desinfección de alto nivel. SÓLO CUANDO SOSPECHE QUE LA PACIENTE DEBE ESTAR YA EN FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO SOBRE CINCO CENTÍMETROS DE DILATACIÓN PARA GRAFICAR CURVA DE ALERTA DEL PARTOGRAMA O CUANDO SOSPECHE POR CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO EXTERNO UNA POSIBLE DISTOCIA. Anticipe a la paciente y acompañantes el procedimiento y su utilidad, solicite consentimiento.

15. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia a fin de evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando:

- Dilatación cervical.
- Borramiento cervical.
- Consistencia del cuello.
- Posición del cuello.
- Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee.
- Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea.
- Coloración del líquido amniótico.
- Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal.
 - Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal.
 - Si no son proporcionales indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en labor de parto (Protocolo de

manejo del parto distócico y protocolo de manejo de cesárea, en normativa de MSP).

16. Luego del primer examen repetir el siguiente tacto vaginal (TV) cuando sea estrictamente necesario (OMS), intentar espaciarlo, habitualmente cada 4 horas y registrarlo en el partograma.

17. Numerar en secuencia los tactos vaginales realizados para limitar los exámenes excesivos, por ejemplo:

- TV #.1 (20:34 Horas) dilatación 5 cm., borramiento 60%, etc.
- TV #.2 (24:30 Horas) dilatación 9 cm., borramiento 100%, etc.

18. Realice el TV antes si: hay ruptura espontánea de membranas, si la embarazada refiere deseo de pujar.

19. Luego de realizar el examen vaginal, determine la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente.

20. Si detecta factores de riesgo realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado; envíe con el personal médico y su acompañante (familiar o partera) la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.

21. Permita el uso de ropa adecuada según costumbres de la comunidad, debemos solicitar que la ropa utilizada por la paciente esté limpia o en su efecto podemos ofrecerle ropa adaptada para éste tipo de atención que dispone la unidad.

22. **NO REALICE ENEMA EVACUANTE** porque no es beneficioso, NO previene las infecciones perinatales, es incómodo y puede lesionar el intestino. Sugiera a la paciente que evacúe espontáneamente la vejiga y que elimine la deposición, para evitar que esto suceda durante el parto.

23. **NO RASURE EL VELLO PÚBLICO** solo si la paciente o la partera lo solicita por las características de la práctica comunitaria de atención (**NO RASURE RUTINARIAMENTE EL ÁREA GENITAL**).

24. Recomiende a la paciente que se realice un aseo perineal con agua hervida o de hierbas que utiliza la comunidad, explicándole que es para disminuir el riesgo de infecciones.

25. **NO MANTENGA EL AYUNO (NPO) DURANTE LA LABOR DE PARTO.**

Permita la ingesta de líquidos azucarados, administrados por los familiares o la partera. Es importante que el personal de salud conozca la acción de ciertas plantas medicinales que son administradas durante el trabajo de parto en las comunidades, especialmente quien atenderá el parto.

26. **NO COLOQUE VENOCLISIS RUTINARIA**, valore la colocación oportuna de acuerdo a la etapa de la labor de parto, si es necesario.

27. **PERMITA LA LIBERTAD DE MOVIMIENTOS**. La paciente puede asumir cualquier posición cómoda para ella y cambiar de posición cuantas veces lo desee.

- **PRECAUCIÓN:** por prolapso de cordón en presentación móvil y membranas rotas se debe mantener la posición supina.

28. Permita que la paciente reciba masajes de su familiar o partera según las prácticas de la comunidad.

EVALUACIÓN DE LA LABOR DE PARTO Y PARTO NORMAL

29. El Partograma debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la Historia Clínica Perinatal hasta el momento del parto.

30. En el segmento inferior de la hoja de partograma haga el primer control y registro de:

- Tensión arterial. Mínimo cada hora durante toda la labor de parto.
- Actividad uterina. Frecuencia, duración e intensidad durante 10 minutos cada 30 minutos – 60 minutos.
- Frecuencia cardíaca fetal por cualquier método. El de elección es la auscultación intermitente. Cada 30 minutos durante la fase activa cada cinco minutos durante el expulsivo.

31. En la cuadrícula principal del partograma controle y grafique:

- La curva de alerta de dilatación cervical: Escoja en el extremo superior izquierdo del partograma los datos para la construcción correcta de la curva de alerta en horas (p10) dependiendo de la posición, paridad y estado de las membranas.

Grafique en línea punteada la curva adecuada alcanzados o superados los 4 cm. de dilatación cervical.

- La curva real de dilatación cervical: registre con un punto que haga coincidir la hora de examen con la dilatación obtenida en el TV los cambios de dilatación cervical en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto. Una secuencialmente con línea continua los puntos de los tactos vaginales posteriores.
- La curva de descenso de la presentación fetal. Confirme durante el examen vaginal la altura de la presentación fetal, use las Estaciones de DeLee o los Planos de Hodge cuya correspondencia se ubica en el extremo vertical derecho de la hoja de partograma

32. Los hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto son:

- Contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente;
- Tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta);
- Cuello uterino mal adosado a la presentación fetal.
- No descenso de la presentación fetal con dilataciones avanzadas o en período expulsivo.

El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado con compromiso materno y fetal.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO NORMAL.: EXPULSIVO.

La progresión adecuada de la dilatación en el partograma permite generar la expectativa de espera para la segunda etapa de la labor de parto.

PREPARATIVOS

1. La intervención del personal de salud en la atención del parto en libre posición se basa en recepción del bebé, realizar las maniobras que corresponden en caso de circular

de cordón, en detectar y atender cualquier probable complicación. Evitar en lo posible realizar la amniorraxis y episiotomía.

2. Permitir que la mujer cambie de posición buscando la que le dé la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida. Las posiciones que puede adoptar la paciente son las siguientes:

- a. Posición de cuclillas: variedad anterior.
- b. Posición de cuclillas: variedad posterior.
- c. Posición de rodillas.
- d. Posición sentada.
- e. Posición semi sentada.
- f. Posición cogida de la soga.
- g. Posición pies y manos (4 puntos de apoyo).
- h. Posición de Pie

O la posición que adopte la parturienta de acuerdo a la cultura.

3. Si el cuello del útero está totalmente dilatado se debe preparar todo el entorno y equipo para la atención del parto.

4. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) que es lo que va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.

5. Explique e interactúe con la partera o partero capacitada/o de la zona, el acompañante o los familiares acompañantes. Permita el uso de la ropa según la costumbre de la comunidad (insistiendo en que debe estar limpia) y asegúrese que la atención se realice en las mejores condiciones de asepsia sin importar la posición que escoja la embarazada.

6. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilice a la paciente, el personal de salud coordinará la atención del parto, pero se adaptará a la posición elegida por la paciente.

7. Realice un lavado perineal con agua tibia o si fuese costumbre de la comunidad con agua de hierbas medicinales y repetirlo si fuese necesario.

8. Asegúrese de que los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención del parto y del recién nacido estén completos y esterilizados.

9. Acondicione o verifique que el área donde se atenderá el parto cuente con:

- Calor producido por calefactores, estufas o chimeneas (tomando en cuenta las regiones del país y condiciones de la unidad operativa).
- Camilla o silla adecuada para el parto vertical.
- Soporte (soga o cuerda) debidamente asegurada (viga o argolla).
- Una colchoneta o estera en el piso, cubierta con campos sobre los cuáles nacerá el bebé.
- Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesa acondicionada.

10. Verifique las condiciones de limpieza e higiene del lugar, lávese las manos con agua limpia y jabón desinfectante antes de colocarse los guantes, si es necesario por la posición elegida se pueden colocar botas de tela o medias, a fin de evitar que contamine con los pies el campo que cubrirá la colchoneta en donde se atenderá el parto.

EXPULSIÓN DE LA CABEZA

1. Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en período expulsivo, aliente a la mujer para que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé, permita que la partera o partero tradicional dé las orientaciones sobre cómo realizar el jadeo si ella lo acepta.

2. Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada.

3. Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo, mejor con un paño estéril de ser posible, a medida que la cabeza del bebé se expulsa.

4. Valore la necesidad de realizar **EPISIOTOMÍA SELECTIVA. NO REALICE EPISIOTOMÍA RUTINARIA** a todas las mujeres.

- No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria.
- La episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y disfunción del esfínter anal.

Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form.

051

5. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.
6. Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.
7. Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. **NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.**
8. Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
9. Sólo si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.

FINALIZACIÓN DEL PARTO, INICIO DEL NACIMIENTO

1. Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa.
2. Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales.
3. Pídale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción.
4. Si la posición adoptada por la embarazada es vertical, la cabeza se desprenderá sola recibéndole con una mano y con la otra recibir el cuerpo del niño, de lo contrario o si es otra posición mueva suavemente hacia la región anal la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.
5. Lleve la cabeza del bebé hacia la región anterior para extraer el hombro posterior.
6. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.
7. Coloque al bebé **SIEMPRE** sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar (si la condición y posición de la madre lo permite), mientras, seque al bebé por completo y evalúe las condiciones del recién nacido (puede requerir atención urgente).
 - La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.
8. Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir, permita cortar el cordón umbilical a la partera o al partero tradicional, y al familiar, según las prácticas de la comunidad.
 - NO EXISTE APURO.
 - NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL.

- El tamaño al que se realice el corte del cordón será consultado al acompañante según las costumbres locales.

Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051

9. Si las condiciones de la madre y del RN lo permiten inicie la lactancia materna.

Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: ALUMBRAMIENTO

Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés.

MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. ADMINISTRACIÓN DE UTEROTÓNICO.

2. Administre oxitócina 10 unidades IM.

Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051

No administre oxitócina IV ni en bolo ni por la vía intravenosa; se requiere mayor volumen de líquido y el tiempo de acción es tardío en relación a la vía IM.

Si no dispone de oxitócina, administre ergometrina 0.2 mg IM. No administre ergometrina a mujeres con Preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL.

3. La paciente generalmente en éste momento se encuentra ya recostada, si es así: acerque la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.

4. Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical.
5. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos).
6. Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe ejerciendo contra-tracción sobre el útero.
7. Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón.
8. Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente.
9. Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra-tracción para evitar la inversión uterina.
10. De ser necesario utilizar técnicas que faciliten la expulsión de la placenta según las costumbres de la comunidad.
11. Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen.
12. Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente, conjuntamente con la partera o partero tradicional.
13. Entregar la placenta a la partera o partero tradicional o familiar para que ella realice según las creencias de la comunidad las acciones necesarias con la misma (se lo hará en funda sellada respetando las normas de bioseguridad).
14. Una vez que ha sido expulsada la placenta realizar el aseo vulvo perineal con agua medicinal tibia respetando las costumbres de la zona.

**MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO.:
MASAJE UTERINO.**

15. Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.
16. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.

17. Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.
 18. Examine cuidadosamente a la mujer y repare la episiotomía o los desgarros.
 Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP– HCU. Form. # 051

19. En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realizar la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda.

Si en su unidad no dispone de anestesiólogo, refiera en condiciones estables y seguras al nivel superior. (Ver referencia y contrareferencia).

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

1. Después de ligar el cordón umbilical el pediatra-neonatólogo o personal de salud que cumpla la función de atender al recién nacido seguirá secando al bebé. Realizará apego precoz e iniciará de ser posible lactancia materna.

2. Simultáneamente, verificará que exista una adecuada entrada de aire así como el tono muscular, respiración, frecuencia cardíaca y color cada 30 segundos.

3. La conducta será de observación si el bebé está en buenas condiciones, con color rosado, respiración rítmica y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm.

4. Si el bebé presenta meconio pero está vigoroso, con llanto fuerte y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm, sólo requerirá de aspiración.

5. El recién nacido necesitará reanimación si: presenta cianosis generalizada, ausencia de respiración o llanto débil, frecuencia cardíaca menor de 100 lpm, presencia de meconio pesado.

6. Identifique y realice la valoración de APGAR al primer y al quinto minutos de vida, cuidando el calor que se debe proporcionar al bebé.

Valoración de APGAR

PUNTAJE PARCIAL	0	1	2
Frecuencia cardíaca	No hay	Lenta, menos de 100	100 o más

Esfuerzo respiratorio	No hay, no respira	Llanto débil, respira mal	Llanto vigoroso
Tono muscular	Flácido	Algo de flexión de las extremidades	Movimientos activos, buena flexión
Irritabilidad o respuesta a la manipulación	No reacciona	Mueca, succión o algo de movimiento ante el estímulo	Tos o estornudo, llanto, reacciona defendiéndose
Color de la piel	Cianótica o pálido	Pies o manos cianóticas	Completamente rosado

El puntaje final de APGAR se obtiene de la suma de los valores parciales (0, 1 ó 2) asignados a cada uno de los 5 signos descritos

Interpretación

- De 0-3 = severamente deprimido
- De 4-6 = moderadamente deprimido
- 7 = bienestar

El puntaje bajo al minuto indica la condición en ese momento, mientras que a los 5 minutos es útil como indicador de la efectividad de las maniobras de reanimación. En dependencia de su puntuación se manejará de acuerdo a la norma de atención neonatológica.

7. Se registrará adecuadamente todas las acciones efectuadas en la Historia Clínica perinatal y en el Formulario de Hospitalización Neonatal.

8. Se pesará y medirá al recién nacido, se permitirá que sea vestido con ropa limpia traída por los familiares.

TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

9. Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.

10. Lávese las manos minuciosamente.

11. Permitir la participación de los familiares, partera o partero según las costumbres de la comunidad. Procurar que la ropa que utilizará el recién nacido esté limpia .NO

OLVIDE FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO.

12. Trate de interactuar con los acompañantes de la paciente, respete las prácticas inofensivas de la paciente y los acompañantes sobre ella y el bebé, de ser necesario dirigir sutilmente las prácticas que podrían ir en contra de la evidencia en lo referente al cuidado neonatal.

13. Promover en la madre y la comunidad el manejo del niño manteniendo el aseo de las manos, principalmente durante la lactancia. Recuerde que su persuasión puede ser de mucha importancia en la prevención de enfermedades diarreicas de los recién nacidos e infantes.

14. Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051

15. En el puerperio debe permitir que la paciente sea fajada si es una costumbre de la comunidad.

16. En lo relacionado a la dieta permitir que los familiares lleven la alimentación que acostumbran a dar en su comunidad.

17. Durante la estadía postparto se orientará sobre lactancia materna y se dará conserjería de planificación familiar.

18. Si la paciente adopta un método anticonceptivo este será entregado o colocado según el caso previo al alta (anticoncepción post-evento obstétrico).

19. Se dará el Alta entre 24 a 48 horas del parto según evolución del caso. Previo al alta se indicarán los signos de alarma a observarse tanto en la madre como en el recién nacido.

20. Se enviará con la paciente la Hoja de contrareferencia para ser entregada en su Subcentro de salud para los controles subsecuentes.

21. Independientemente se enviará una copia de la contrareferencia con el mensajero (o con quien cumpla sus funciones) de la unidad donde se realizó el parto al sub centro de salud para los controles subsecuentes.

22. El jefe de obstetricia donde se realizó el parto se comunicará personalmente con el Director del Subcentro de salud (vía telefónica) para informar del alta y condición de la paciente.

Anexo 5 Fotografías

Director del Hospital San Luis de Otavalo Doctor José Terán Terán



Capacitación sobre el parto cultural al personal de Salud que atienden en el servicio de Centro Obstétrico



Instalaciones del parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo



Colaboración de parteras



Protocolo de atención



Acompañamiento

Apego Precoz



Lactancia Materna



Urkund Analysis Result

Analysed Document:	Tesis Isabel Yamberla.docx (D25837279)
Submitted:	2017-02-17 18:10:00
Submitted By:	mcflores@utn.edu.ec
Significance:	9 %

Sources included in the report:

tesis parto tradicional Cofan.docx (D21759901)
TESIS ULTIMA CORRECCION ABRIL 2016 lic espinel.docx (D19209524)
TRABAJO DE GRADO HSLO PRESENTAR.docx (D21153932)
TESIS .docx (D22196469)
tesis Karina Estrella O.docx (D22228412)
TESIS LISTO 1.docx (D21120394)

Instances where selected sources appear:

46